This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

E.H.B.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.

PSYCHIATRISCHES

CENTRALBLATT

HERAUSGEGEBEN

VOM

VEREINE FÜR PSYCHIATRIE UND FORENSISCHE PSYCHOLOGIE

IN WIEN.

VIII. JAHRGANG.

WIEN 1878.

IN COMMISSION BEI WILHELM BRAUMÜLLER.

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

BOSTON MEDICAL
OCT 5 1908
LIBRARY.

7357

CATALOGUED
OCT 5 1908
E. H. B.

Inhalt.

Seite

Ausstellung der Wiener Landes-Irrenanstalt 1878 . . . . . 121, 143
Briefkasten 32, 55, 126, 151
Buchschau: Lehrbuch der gerichtlichen Psychologie von Prof. v. Krafft-Ebing 50
Pathologie und Therapie der psych. Krankheiten von Griesinger. 4. Aufl. 83
Statistik der Geisteskrankheiten von Dr. Koch . . 146
Klinisch-diagnostische Gesichtspunkte der Psycho-Pathologie von Dr. Kahlbaum 148
Aerztliche Blicke ins menschl. Leben von Dr. Müller 150
Classification der Geisteskrankheiten, über 58, 98
Correspondenz: 150jährige Jubelfeier der männlichen Irrenanstalt in Warschau 81
Irrenanstaltsbau in Südtirol 145
Einladung zur 52. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte 84
Fortschritte in der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen, über, III. 1
Gesichtshallucinationen bei vollständiger Blindheit, Fall von . . . 117
Hirntumor, über einen Fall von 42
Inserate 56, 88, 127, 128
Irrenärztetag in Wien 67
Memorandum des Vereines für Psych. u. for. Pathologie in Wien über Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand bei den medizin. Rigorosen 137
Nervenzelle ist das functionelle Centrum der Grosshirnrinde, die . 129
Notizen: Jubiläum der Wiener Landes-Irrenanstalt 53
Neue kroatische Landes-Irrenanstalt 54
3. Wanderversammlung südwestdeutscher Irrenärzte und Neurologen 82

Seite

Patellarsehnenreflexe bei der Dementia paralytica 33
Personalien 55, 125, 151
Psychose bei einem Tabakfabriksarbeiter 107
Rokitansky (Nachruf) 89
Sitzungs-Protokolle 31, 47, 48, 142
Verrücktheit, zur Frage der primären II. 23

Autoren.

Dr. Fritsch 23, 42.
„ Griesinger 83.
„ Kahlbaum 148.
„ Koch 147.
„ Kowalewsky 117.
„ v. Krafft-Ebing 50.
„ v. Laskiewicz-Friedenfeld 107.
Prof. Meynert 1, 89, 129.
Dr. Müller 150.
„ Muhr 33.
„ Rothe 81.
„ Schlangenhausen 146.
„ Tiling 58, 98.

1878. Nr. 1.

BOSTON MEDICAL LIBRARY

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. Moriz Gauster und Reg.-R. Prof. Dr. Theodor Meynert.

Das Blatt erscheint in sechs Nummern zu 1½—2 Bogen. Preis des Jahrganges 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl. Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. Moriz Gauster, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. Meynert, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Prof. Dr. Theodor Meynert: Ueber Fortschritte in der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen (III.). — Zur Frage der primären Verrücktheit. Mittheilungen von Dr. J. Fritsch, Assistent der Klinik des Herrn Regierungsrathes Prof. Dr. Meynert. (II.) — Protocoll der Sitzung vom 30. Jänner 1878. — Correspondenz. — Pränumerations-Einladung.

Ueber Fortschritte in der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen[1]).

Von Theodor Meynert.

III.

Das beherrschende Gebiet, welches die Verrücktheit innerhalb der Psychiatrie einnimmt, die überwiegende Neigung des Gehirnes, gerade in dieser Entwicklungsweise seine psychischen Veränderungen an den Tag zu legen einerseits, sowie die grosse Verbreitung ihrer einzelnen Symptome auch innerhalb anderer Krankheitsprocesse des Vorderhirnes, die Herderkrankungen nicht ausgenommen, drängen zu dem Versuche, über Wesen und Mechanismus, über die hier in Frage kommenden gestörten, physiologischen Gehirnleistungen Licht zu gewinnen.

Ich habe betreffend die klinische Durcharbeitung des Stoffes bis zu deren heutiger Vollendung einen reichen Kreis wissenschaftlicher Beobachter anzuführen gehabt. An der mehr, als descriptiven Beleuchtung der Verrücktheit, der Analyse ihres Grundphänomens, d. i. der Analyse der Wahnidee hat bisher nur Hagen sich versucht[2]).

[1]) Siehe Nr. 6 u. 7 und 11 u. 12 des psych. Centralbl. 1877.

[2]) Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde. Erlangen, Besold 1870. Fixe Ideen.

Unter dem Versuche diese Aufgabe zu lösen kann zunächst nicht eine Deckung der Vorgänge mit zusammentreffenden pathologisch-anatomischen Befunden verstanden werden, weil vielleicht die Frage nicht gelöst ist, ob die erkrankten oder die unveränderten Theile des Centralnervensystems die positiven Erscheinungen geben, welches Bedenken im Weiteren verständlich gemacht werden wird.

Vor allem verwirft Hagen mit der vollsten Berechtigung bezüglich des Bestandes einzelner Wahnideen im partiell Verrückten die unter Benützung eines anatomischen Schlagwortes scheinwissenschaftliche Behauptung, dass es sich um „Reizungen von Zellengruppen" handle, welche die Vorstellung, die der Wahn enthält, zum functionellen Inhalt haben. Hierin wurzelt die Voraussetzung einer partiellen Erkrankung des Gehirnes, welche in Deutschland heute wohl nur in der Einsicht einschlägiger Kranker Platz greifen könnte und sich mit der abgethanen phrenologischen Organologie deckt. Dass man die betreffenden Zellengruppen nicht kennt, würde, wie Hagen richtig bemerkt, für eine wissenschaftliche Hypothese nichts zur Sache thun.

Dass die Wahnidee ein Irrthum ist, charakterisirt sie eigentlich nicht, denn nicht jeder Irrthum ist Wahn. Ich möchte hinzufügen, dass der Irrthum bei der Wahnidee scheinbar fehlen kann. Ich kenne einen hypochondrisch Verrückten, allerdings auch Schwachsinnigen, der sein Leben verloren glaubt, weil er das Herz auf der linken Seite trägt. Das ist kein Irrthum. Er glaubt aber einen tödtlichen Organisationsfehler darin zu finden, weil nach ihm das Herz auf der rechten Seite liegen soll. Noch weniger irrthümlich ist die Sensation eines jungen Mannes, dass er ohne wesentliche Gelegenheit erröthe. Er leidet daran. Verrückt ist er durch die unwiderstehliche Voraussetzung, desshalb für einen, zum begründeten Erröthen gezwungenen schlechten Menschen gehalten zu werden.

Hagen spricht sich im Weiteren dahin aus, der Irrthum, der sich als Wahn darstelle, werde von dem Kranken für ein Wissen gehalten, und zwar für kein blos auf Mittheilung, sondern immer für ein auf Erfahrung gestütztes Wissen.

In dieser Erfahrung liege aber schon immer eine Fälschung, weil er hinter der wirklichen Beobachtung immer etwas merkt, indem er hinter dem Phänomen etwas sucht, z. B. in dem Anschauen eines Vorübergehenden, in einer Redewendung eine, ihn angehende, beabsichtigte Beziehung. „Die Hauptsache und das Grundphänomen ist daher, dass das Urtheil über Sinn und Bedeutung eines Vorkommnisses, sei es ein äusseres oder ein inneres, schon in die Wahrnehmung hinein gelegt wird, und dass der Kranke glaubt, jene mit wahrgenommen zu haben." „Der fixe Wahn drückt aus, wie das Individuum die Dinge und Ereignisse versteht, was es ihnen für eine Bedeutung zuschreibt. Die

Nöthigung dazu kann, da es sich hier um eine Krankheit handelt, in nichts anderem bestehen, als darin, dass sowohl die Sinnesthätigkeit als die eigenen Vorstellungen einen ganz anderen, fremdartigen, ungewohnten Eindruck auf den Menschen machen." Indem dieser Eindruck auf seinem eigenen Zustande basirt, „regt sich bei den gleichgiltigsten Eindrücken in ihm ein: Tua res agitur".

Die Auffassung, welche Hagen über den formalen Denkfehler der Verrückten darlegt, kann nicht richtiger sein, doch führt er selbst Beispiele an, dass „Etwas hinter den Erscheinungen merken", was nicht streng in ihnen liegt, auch das Urtheil des Geistesgesunden unzählige Male verfälscht. Man denke z. B. beim Anblick eines Briefträgers sofort, dass er Briefe austrage, was gar nicht der Fall sein muss etc. Jeder, der eine Hypothese anwendet, verfällt leicht demselben Denkfehler, ein hinter der Erscheinung Gemerktes mit der Wahrnehmung zu vermengen. Ein Verrückter mit dem Wahne, es werde durch die Zimmerdecke ein feines Pulver auf sein Auge geblasen, wodurch es erkrankt sei, sagte mir logisch ganz zutreffend, er habe sich eben nur sein Augenleiden durch eine Hypothese erklärt, so wie man sich auch in der Wissenschaft Erscheinungen durch Hypothesen erkläre. Freilich hält er an seiner barocken Hypothese unwandelbar fest.

Der tiefere Grund, aus welchem der Verrückte hinter den Erscheinungen etwas auf ihn Bezügliches merkt, liegt für Hagen aber wieder in den Verstimmungen. Wenn er gleich an einer Stelle erklärt, dass in den chronischen Seelenstörungen, insoferne sie nicht aus den acuten hervorgehen, Zustände, welche meistens für Hypochondrie erklärt werden, oft längere Zeit vorangehen, legt er den Schwerpunkt in die Verstimmungen, wodurch die primäre Verrücktheit noch immer als eine chronische Melancholie oder Manie erschiene. Mit dieser Auffassung steht aber die eigene Beobachtung Hagen's schon einigermassen im Widerspruch, da er schliesslich bemerkt: „Bei manchen Kranken sind endlich ihre widrigen Sensationen selbst mit einem gewissen Reiz verbunden. Verrückte, welchen angeblich solche Empfindungen von aussen gemacht werden, verrathen bei ihrem Sprechen davon oft durch ein schmunzelndes Lächeln, dass ihnen dieses Leiden und diese geheime Einwirkung selbst innere Freude macht, weil es ihnen den Gedanken einer gewissen Wichtigkeit und insoferne Bevorzugung erregt."

Ich führe dies keineswegs an, um einen, vielleicht zur Zeit schon gegenstandslosen Widerspruch gegen Hagen zu führen, sondern der Beachtung wegen, welche das Urtheil eines so scharfsinnigen Mannes verdient. Ferner hoffe ich zeigen zu können, dass ein Verständniss der, wie Hagen die Benennung im angezogenen Aufsatz noch vorzog, partiellen Verrücktheit sich nicht nur nicht unter der Begründung der Verrücktheit auf initiale Verstimmungen,

sondern überhaupt gar nicht durch die alleinige Berücksichtigung der Verrücktheit gewinnen lässt. Vielmehr ergibt erst die Berücksichtigung ihrer Abhängigkeit von den sogenannten allgemeinen Neurosen und den Hallucinationen einen breiteren und genügenderen Standpunkt.

Die Verrücktheit an sich, als reines Bild, unabhängig von den Verstimmungen, die eine primäre Reizung in den Hemisphären bedeuten können, aber nicht müssen, sowie auch frei von Hallucinationen und neuralgischen Erscheinungen lässt sich nichts abgewinnen als die klinisch negative Erscheinung der erhaltenen logischen Potenz und das klinische Symptom der Wahnideen. Wir können über sie schlechthin nichts aussagen, als dass die Wahnideen trotz des regulär wirksamen logischen Apparates der Hemisphären bestehen. Der logische Apparat versagt einfach den Wahnideen gegenüber.

Ich habe, wie ich glauben darf, als der erste den associirenden und schlussbildenden Mechanismus physiologisch beachtet, in welchem der „logische Apparat" des Vorderhirnes sich decken muss. Es findet sich meine erste Darstellung hierüber in Leidesdorf's Lehrbuch der psychischen Krankheiten, Erlangen 1865 [1]), wörtlich so:

„Die Fasern der Bogensysteme sind durch den wichtigen anatomisch-physiologischen Charakter gekennzeichnet, dass ihre beiden Enden central sind, dass sie nirgends in der Peripherie fussen. Ausser den aufgezählten allgemeinen, entlegene Punkte der Hirnrinde verknüpfenden Bogensystemen sind je zwei benachbarte Windungen noch durch besondere conductorenartige, U-förmige, zuerst von Arnold dargestellte Bogenbündel mit einander verbunden, so dass die, eine Association der Vorstellungen ermöglichenden anatomischen Systeme, in einem, der Vielseitigkeit der Vorstellungsverbindungen wirklich entsprechenden Reichthume, innerhalb der Hirnrinde entfaltet sind.

Die Träger der Vorstellungen in der Hirnrinde erscheinen demnach noch mit Fasern in Verbindung, welche die von den Em-

[1]) Zwei von mir im Manuscript bewahrte Aufsätze in Leidesdorf's Lehrbuch 1. „Anatomie der Hirnrinde als Träger des Vorstellungslebens und ihrer Verbindungsbahnen mit den empfindenden Oberflächen und den bewegenden Massen" (pag. 45 ff.), und 2. „Psychologischer Grundriss" (pag. 99 ff.) sind vollständig von mir geschrieben. An dem ersten Aufsatze fand ich keine Veränderung vor, als die, dass mein Name öfter derartig citirt wird, als rührte der Aufsatz von dem auf dem Titelblatte stehenden Autor her. Zu dem zweiten Aufsatze, der erschöpfend abgedruckt ist, machte Leidesdorf zu Anfang und in Mitten mehrere kleine Zusätze. Ich gab meine Beiträge zu diesem Lehrbuche mit vollkommener Uneigennützigkeit ab und habe mich meiner Autorschaft nicht begeben. Der Grund, der mich jetzt zu diesen Bemerkungen bestimmt liegt darin, dass sich eben mein eigenes Lehrbuch der Psychiatrie unter der Presse befindet, und mir nicht zugemuthet werden kann, meine eigenen Anschauungen als die Leidesdorf's zu citiren.

pfindungsbezirken durch den Stabkranz auf sie übertragenen dauernden Erregungszustände innerhalb der Hirnrinde unter einander verknüpfen. Wir wissen durch du Bois-Reymond, dass die Molekel der Fasern im ruhenden Zustande Träger von Strömen sind, zu deren Unterhaltung die Lagerung der Molekel in einer bestimmten Stellung eine Bedingung abgibt. Der Erregungszustand stört diese Anordnung der Molekel und hat in der eingenommenen Stellung des sogenannten Ruhezustandes ein Hinderniss zu überwinden. Dieses Hinderniss wird, wie die Thatsache der Uebung für die motorischen Bahnen zeigt, nach öfterer Einleitung der Erregung geringer. Wir stellen uns eine Hirnrinde als tabula rasa vor, und stellen ihr eine Erscheinung gegenüber, welche von 2 Sinnesoberflächen aus durch den Stabkranz zweierlei Gebiete der Hirnrinde und somit (schematisch aufgefasst, denn in Wahrheit werden es Mengen von Zellen sein) mindestens zwei von einander entlegene Zellen der Hirnrinde erregt. Die Erscheinung sei ein Lamm. Dieses Lamm gibt einen Laut, es blöckt. Durch das Bild des Lammes wird eine Zelle, deren Function Vorstellung ist, in der Hirnrinde erregt, die durch eine radiale Faser des Stabkranzes mit den Ursprungszellen des Sehnervs verbunden ist. Durch den Laut, welchen das Lamm ausstiess, wird eine andere Zelle zum Träger einer Vorstellung, welche durch eine Stabkranzfaser mit den Ursprungszellen des Hörnerven in Verbindung steht. Das Lamm entschwindet. Die beiden Vorstellungen, die es geweckt hat, verdunkeln. Wenn wir die Verdunklung der Vorstellungen einfach als eine Function der Zeit ansehen, so werden die beiden gleichzeitig angeregten Vorstellungen Reste der Erregbarkeit zurücklassen, welche für beide in allen Abstufungen der Klarheit gleichmässig ausfallen. Wird nun nach Ablauf einer Zeit eine der beiden Vorstellungen wieder hervorgerufen, z. B. das Blöcken vernommen, so erhebt sich auch die einst gleichzeitig mitentstandene Vorstellung im Bewusstsein, nicht nur der Ton, auch das Bild des Lammes wird reproducirt — mit anderen Worten: es wird in der Hirnrinde ein Schluss erzeugt von dem Tone auf die Gestalt, von welcher der Ton einmal auszugehen schien. Diese Schlussbildung ist erklärlich, wenn wir in der ursprünglichen Erregung beider Zellen die Miterregung einer Bogenfaser als enthalten annehmen, welche die beiden andererseits mit Stabkranzfasern verbundenen Zellen im Seh- und Hörgebiete der Hirnrinde vereinigt. Dadurch sind beide Vorstellungen associirt, und wenn die eine Zelle durch Reproduction erregt wird, so verbreitet sich diese Erregung durch die verbindende Bogenfaser auf die einst gleichzeitig mit ihr aus dem Ruhezustand gebrachte Zelle, deren Vorstellung gleichsam an diesem Faden wieder an die Schwelle des Bewusstseins emporgezogen wird. Diese durch eine Bogenfaser vermittelte Abhängigkeit zweier Vorstellungen von einander ist schon ein Glied der Causalkette: ein Schluss.

Zur höchsten Vereinfachung dieses schematischen Beispiels wurde das Spiel der Vorstellungen als eben erst eingeleitet angenommen und der Umstand nicht in Betracht gezogen, dass beide erregten und durch eine Bogenfaser associirten Zellen noch mit andern Bogenfasern verbunden sein können. Bezüglich solcher Verbindungen sind nun zwei Fälle möglich:

1.) Die anderen Zellen, mit welchen die eben erregten anastomosiren, besitzen noch keinen Vorstellungsinhalt, wie das Schema annimmt. Dann kann durch diese Verbindung auch keine neue Vorstellung associirt werden.

2.) Den Zellen, mit welchen die erregten und einander associirten Zellen zusammenhängen, wurde durch Stabkranzfasern bereits ein Inhalt, eine Vorstellung zugeführt.

In diesem Falle, den wir im Flusse des Vorstellungslebens als die Regel ansehen müssen, dürfte die Associirung des Vorstellungsinhalts einer solchen 3. Zelle dadurch erleichtert und herbeigeführt werden, dass sie mit den beiden eben reproducirenden Zellen schon einmal gleichzeitig erregt wurde, und anderseits erschwert und vereitelt, wenn dies nicht der Fall war."

In meinem späteren Aufsatze vom „Gehirne der Säugethiere", in Stricker's „Lehre von den Geweben" 1871, pag. 694, habe ich die Bogenfasern des Vorderhirnes, ihrer klar vor Augen liegenden physiologischen Bedeutung wegen, Associationssysteme genannt, und die mit den peripheren Organen der Sinnesoberflächen zusammenhängenden Gehirnbündel Projectionsysteme. Diese Namen fanden weite Verbreitung. Prof. Wundt, welcher den Ausdruck Associationsbündel in seinen „Grundzügen der physiologischen Psychologie" Leipzig 1873 gleichfalls annahm, ist im Irrthum, wenn er glaubt dass ich das Balkensystem unter diesem Ausdrucke mitverstehe.

Wenngleich sich aus den einzigen Formbestandtheilen des Vorderhirnes (Rinde, Projectionsfasern und Associationsfasern) der schlussbildende Apparat zusammensetzt, welche Ansicht wohl an Einfachheit und Sicherheit einem Axiom gleichkommt, so wird er doch zum logischen Apparate erst durch seine functionelle Weiterentwicklung. Wie sich diese Entwicklung etwa gestalte, habe ich anderorts einigermassen aufzuklären versucht[1]).

„Es ist nach dem Erweise von der allerortlich sich wiederholenden Construction von Schlussapparaten im Gehirnmechanismus klar, dass dieselben alle nebeneinander und im continuirlichen Nacheinander im Gehirn eintretenden Ereignisse in Beziehung zu einander bringen. Diese Beziehungen begründen die Causalität als eine mechanische Gehirnthätigkeit. Ist nun gleich das Schliessen,

[1]) Zur Mechanik des Gehirnbaues. Vortrag, gehalten in der Naturforscher-Versammlung zu Wiesbaden 1872. Wien, Braumüller 1874, pag. 13.

wie Wundt sich in seinen Vorlesungen über Menschen- und Thierseele ausdrückt, die logische Grundfunction, so begründet das allseitige Vorfinden causaler Verbindungen im Gehirne doch an sich noch kein logisches Denken, indem auch da die subjectiven Verbindungen hergestellt sind, wo ihnen gar kein Band der Dinge (der Kräfte, Reize) entspricht."

„Ein Impuls zur logischen Anordnung im Denken wird erst durch die Erfahrung herbeigeführt, dass irgend welche subjective Verbindungen mit einer Abhängigkeit der Dinge von einander zusammenfallen. Im Bau des Gehirnmechanismus sind weiter gar keine weiteren Elemente nachzuweisen, welche seine rein subjectiven Schlussbildungen zu einer logischen Leistung erheben könnten. So unnütze Verbindungen, wie die der Mondscheibe mit der Bewegung des Lichtausblasens beim Kinde, begünstigt der Bau des Gehirnes zahllos. Doch tritt als ordnendes Moment die Verschiedenheit der Intensität auf, welche die entstandenen Verbindungen erlangen. Sie dauern im Gedächtniss nicht durch einmaliges Auftauchen fort, sondern werden wesentlich durch wiederholtes Auftreten befestigt. Zufällig herbeigeführtes Nebeneinander oder Nacheinander von Dingen wiederholt sich nicht und die so geschaffenen Verbindungen verlöschen wieder im Gehirne. Da wo sich das subjective Band der Causalität aber mit einem gesetzmässigen Bande der Dinge deckt, wird die Verbindung durch Wiederholung ihres äusseren Auftretens auch im Gehirne bleibend. Derartige Schlussprocesse erlangen die zur späteren Reproduction nöthige Intensität."

Später verpflanzt sich durch die Sprache und durch die methodische Wiederholung bei der Erziehung eine Summe richtiger Verbindungen auf das sich weiterentwickelnde Gehirn, um so mehr, als die richtigen Erfahrungen in der Regel gemeinsam sind und übereinstimmend von den verschiedensten Seiten wiederholt überkommen werden.

Gerade diese sich gestaltende traditionelle Gleichartigkeit der Verbindungen, welche das Material des logischen Apparates bilden, bewährt die intensivste Kraft in der Hemmung damit disharmonirender Gedankenbildungen.

Die Intensität der Leistung, mit welcher der compact zusammenhängende logische Apparat mit seiner Ausrüstung durch Erfahrungen einen Verfolgungswahn, einen Grössenwahn in seiner Festsetzung hemmen sollte, wohnt ihm im Gehirne des Verrückten nicht mehr inne. Der Wahn hemmt den Apparat, der ihn hemmen sollte.

So wäre das Verhältniss des logischen Apparates zur Wahnidee einfach einem correcten, aber zu wenig intensiv wirkenden Mechanismus zu vergleichen. Es sei dieser Mechanismus ein Uhrwerk und ein Zifferblatt das Feld, auf welchem das correcte Werk

den Lauf des Zeigers in richtiger Ordnung, ohne Stockung von Ziffer zu Ziffer lenkt. Dies wäre vergleichbar dem normalen Gange des logischen Apparates in seinem Fortschreiten binnen normalen Associationen im richtigen Urtheil, wie dies im Gehirn des sogenannt partiell Verrückten grösstentheils von Statten geht. Wenn aber die Gegend einer Ziffer etwas vorgeschwollen wäre, so würde trotz des correcten Apparates die Intensität seiner Triebkraft nicht ausreichen, um diesen Widerstand zu überwinden. So hemmt die Wahnidee, eine hervorragend starke Vorstellungsmasse, den Einfluss des logischen Apparates, der nur mehr auf einem beschränkteren Felde Spielraum für seine volle Wirksamkeit findet.

Ich habe hier der Darlegung eines psychologischen Weges, dessen Grundlagen gewiss keine unphysiologischen Abstractionen sind, mit Absicht eine eingehende Breite gegönnt, verkenne aber gewiss nicht die Dürrheit des Resultates, und dies um so weniger, als dieses Resultat nicht einmal eine stricte pathologische Kennzeichnung hat, indem Analogien zu Hemmung der Einwirkung des logischen Apparates in der Breite des normalen Seelenlebens in dem oft noch barockeren Wahn des Fanatismus, des Aberglaubens sich reichlich finden.

Dennoch liegt im Allgemeinen das pathologisch Kennzeichnende allerdings in der grossen Abweichung von den gemeinsamen Ansichten, welche im menschlichen Bildungsgange des Verrückten sich ihm eröffnen mussten. Die Ausnahmsfälle, wo die Menge Anschauungen eines Verrückten assimilirt, oder die abweichende Ansicht eines Weisen für Verrücktheit hält, beanspruchen keine pathologische Beurtheilung, weil sie Denkfehlern der Gesunden entspringen.

Aber man ist auch berechtigt, auf dem Wege der Nachahmung zu Stande kommenden, wirklich krankhaften Wahn zu constatiren. Diese ätiologische Thatsache ist gleichsam der Saum, längs welchem die noch normale und die psychisch krankhafte Aeusserung sich berühren.

Ja, dieser Saum ist um so verschwommener, als nachweislich die sogenannten psychischen Volkskrankheiten Hecker's[1]), die grossen historischen Nachahmungskrankheiten in Zeiten fallen, welche durch ungeheure allgemeine Unglücksfälle, wie die Pest, Aetiologien für hypochondrische Gemüthslagen und Aeusserungen von hysterieartigen Zufällen in Fülle schufen.

Ich will aber von diesem weitführenden Stoffe weg sofort einlenken und nur den gleichsam im grossartigen, auch hierin gegebenen Wink wahrnehmen, in der Pathogenesis der Verrücktheit den eigentlichen Schlüssel zu ihrem Verständniss zu finden.

Der Zusammenhang der primären Verrücktheit, nach Andern des Wahnsinns, mit der Hysterie führt uns auf Gehirn-

[1]) Hecker: Die Psychopathien des Mittelalters.

zustände, oder, um noch unbefangener mich auszudrücken, auf bestimmte Zustände des Nervensystemes, für welche der Ausdruck reizbare Schwäche gebraucht wird. Ob die Autoren im Verständniss der reizbaren Schwäche endgiltig orientirt sind, muss ich dahingestellt sein lassen. Im allgemeinen wird angenommen, dass dieselben Nervenbahnen, welche durch chemischen Einfluss des gestörten Stoffwechsels die erhöhte Reizbarkeit zeigen, auch der Sitz der Schwäche, nämlich einer grossen Erschöpfbarkeit ihrer Erregungszustände wären. Ueber die Voraussetzung dieses Verhaltens hinaus hat diese Meinung auch exacte Beobachtungen für sich, welche der elektrischen Prüfung des erkrankten Nervensystemes, besonders des peripheren entnommen sind. Wie ich Leyden's Klinik der Rückenmarkskrankheiten entnehme, hat schon Marshall Hall eine, für manche Gebiete gewiss zulässige abweichende Meinung, indem er die erhöhte elektrische Erregbarkeit des Rückenmarks bei Gehirnlähmung als einen Ausdruck auf Rechnung des Ausfalls der vom gesunden Gehirn ausgehenden Hemmung setzte. Diese Auffassung legt die Erscheinung der Schwäche und die der Reizbarkeit localisirend auseinander, dem Gehirn wird die Schwäche, extracerebralen Theilen des Nervensystems die Reizbarkeit zugeschrieben. Es thut hier nichts zur Sache, wie die Auffassung Marshall Hall's sich etwa gerade zu den, ihm vorliegenden Krankheitsfällen verhielt, doch war sein Ausgangspunkt ein höchst wissenschaftlicher. Es ist eine physiologisch feststehende Lehre, dass eine Leistung des Vorderhirns darin besteht, Erregungszustände anderer Abschnitte des Nervensystems zu hemmen. Gewiss tritt die Hemmungsleistung auf das leicht verständlichste gegenüber solchen Erregungen hervor, welche dem Vorderhirn von gar Niemanden zugeschrieben werden. Diese Leistungen sind die Reflexe.

Golz[1]) hat deren Hemmung durch das Gehirn in einer Fassung gegeben, über welche uns bis heute keine Thatsache hinausführte. Nachdem er unter anderen einen sehr schönen Versuch dargelegt, nämlich den, dass ein Frosch ohne Vorderhirn, dem aber das Mittelhirn noch erhalten sein muss, auf Reiben zwischen den Schulterblättern ganz sicher reflectorisch quacke, dieser Quackversuch aber misslinge, wenn der Frosch noch das Vorderhirn besitzt, sagt er:

„Am sichersten und regelmässigsten erfüllt ein Centrum eine bestimmte Reflexfunction, wenn aller Zusammenhang desselben mit anderen Centren aufgehoben wird. Je zahlreicher und ausgedehnter die Verbindungen mit anderen Centren, um so reichlicher ist die Gelegenheit zu hereinbrechenden Störungen. Das Gehirn ist während des Lebens in steter Thätigkeit und demgemäss

[1]) Beiträge zur Lehre von den Functionen der Nervencentren des Frosches. Von Dr. F. Golz. Berlin 1869, pag. 49.

strömen von ihm aus gleichsam fortwährend Erregungen hinab zu den Centren des Rückenmarkes. Sind sie auch nicht immer stark genug, um zu Auslösungen von Muskelzusammenziehungen zu führen, so sind sie doch im Stande, das Reflexvermögen der Rückenmarkscentren zu stören. Nach der Köpfung hört dieser störende Einfluss des Gehirnes auf, und die Reflexerregbarkeit der Rückenmarkscentren scheint erhöht."

Wenn wir in dem pathologischen Bilde von Marshall Hall ein geschwächtes Gehirn vor Augen haben, und dadurch eine im Rückenmarke localisirte erhöhte Reizbarkeit, so erweist das Experiment Goll's, dass das vorhandene Gehirn eine verminderte Reizbarkeit in infracerebralen Abschnitten des Centralorganes bedingt und dass die reflexauslösenden Empfindungsbahnen durch Wegnahme des Gehirnes ihrer Wirkung nach hyperästhesirt erscheinen. Jolly, ein Special-Autor, bemerkt bezüglich der hysterischen Krämpfe: „Nicht unberechtigt ist endlich die Auffassung, dass die Vermehrung der Reflexerregbarkeit in manchen Fällen dem Fortfall der vom Gehirn ausgehenden Reflexhemmung zuzuschreiben sei"[1]). Wenn auch derselbe psychiatrische Autor l. c. pag. 521 in Uebereinstimmung mit Morel anführt, die Hysterie führe in ihren psychischen Folgen auch zu dem Bilde der primären Verrücktheit, so liegt zwischen dieser Verknüpfung und deren Verständniss noch ein ziemlich weiter Weg.

Indem wir logischer Weise annehmen müssen, der Grad von Gehirnerregung steigere die Hemmungswirkung, so wirft sich viel umfangreicher, als angenommen wird, die Frage auf, durch welche Zeichen ein kräftig erregtes Gehirn von einem schwach erregten zu unterscheiden sei. Welche physiologische oder klinische Zeichen kommen einem kräftig, oder auch überkräftig erregten Vorderhirn, und andererseits, welche klinische Zeichen dem schwach erregten Vorderhirne zu. Dies müssen wir erfahren, weil wir uns die Schwäche und die Reizbarkeit als in ihrem Sitze localisirbar vorstellen.

Als die ganz sicher nur dem Vorderhirn zukommenden Erregungsäusserungen dürfen wir die Denkacte und die streng aus denselben hervorgehenden psychischen Bewegungsimpulse, sowie ein Mass der sogenannten wackeren, zur Action tendirenden Affecte ansehen.

Ein physiologisch in der Action tiefen Nachdenkens begriffener Mensch, etwa mit Aufstellung und Auflösung mathematischer Gleichungen beschäftigt, zeigt zunächst keine scharfe Sinnesempfindlichkeit, es kann zu ihm gesprochen werden, er percipirt die Rede im Momente nicht, es kann eine Gestalt vor ihm vorüber-

[1]) Jolly's Hysterie in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. XI. Band, 2. Hälfte, pag. 469.

gehen, er bemerkt sie nicht, das Hungergefühl nimmt er nicht wahr. Nachdenkend kann er wie regungslos erscheinen. Nur die Rinde und die ihr lediglich angehörigen Markfasern, die bogenförmigen Bündel, die Träger der Association sind gemäss seiner inneren Thätigkeit in einem starken und gleichsam flüssigen Erregungszustande.

Ich muss hier betonen, dass die Sinneswahrnehmung scheinbar mit geringer Intensität auf das gut erregte Vorderhirn wirkt. Ich will aber schon hier vorläufig bemerken, dass die Sinneseindrücke nicht wirkungslos sind, denn sie hinterlassen Erinnerungsbilder. Wahrhaft im Gegensatze zu jenen Aeusserungen der Schwäche eines, beispielsweise encephalitischen Vorderhirns, im Gegensatz zu seiner Amnesie, welche klar gemachte Wahrnehmungen nicht reproduciren lässt, neben welcher das verwandte Symptom der Aphasie auftritt, reagirt das physiologisch stark wirkende Vorderhirn durch Reproductionsfähigkeit selbst auf Wahrnehmungen von sehr geringer Intensität der Erregung. Die Sinneswahrnehmungen haben darum auch nur scheinbar auf das Vorderhin mit nur geringer Intensität eingewirkt. Fechner bringt im zweiten Bande seiner Elemente der Psychophysik hiefür ein schönes Beispiel. Er sass öfter früh nachdenkend im Bette gegenüber einer weissen Wand, von der sich ein schwarzes Ofenrohr abhob. Dieses Gegenüber zog längst nicht mehr seine Aufmerksamkeit an sich. Blickte er aber im Nachlass des Gedankenganges von dieser Stelle weg, so empfand er das Nachbild seiner fast unbewussten Wahrnehmung als weisses Ofenrohr auf schwarzem Grunde. Indem die Nachwirkung eines Sinneseindruckes im Bewusstsein so different von der Helle des Eindruckes selbst sein kann, so scheint es, als ob die momentane Wahrnehmung noch von anderen Gehirnabtheilungen als dem Vorderhirn abhängig wäre, deren Erregungsäusserungen durch starke Wirksamkeit im Vorderhirn gehemmt werden.

Betreffs der Reflexe ist es bekannt, dass dieselben innerhalb des Erregungsmasses des gesunden Nervensystems nur von directer, entsprechend starker Einwirkung äusserer Reize abhängen, während anscheinend spontane Aeusserungen derselben nicht vorkommen.

Innerhalb klinischer Beobachtung ist der Status einer unmittelbaren Erregung des Vorderhirnes in der Manie gegeben. Wie sehr hier diese höhere Erregung, die in Gedankenflucht, einer starken muthigen Stimmung, in der Tendenz zu luxuriirenden cerebralen Bewegungsacten sich äussert, sich als ein reflexhemmendes Moment kund gibt, darüber habe ich ein Beispiel zu erzählen.

Eine von Vaters Seite erblich belastete, 28jährige Kranke, die in der Kindheit an Krämpfen gelitten, wurde in ihrem 25. Jahre zum ersten Male von etwa 14tägiger Tobsucht befallen, der ein etwa sechswöchent-

licher Zustand von Apathie, so hatte man den Zustand benannt, folgte. Vier Monate später ein erneuter Tobsuchtanfall. Von Mai bis November 1869 war sie in der Wiener Irrenanstalt, wurde gebessert entlassen. Ich erfuhr kein Detail über den Krankheitsverlauf. Darauf soll sie zu Hause nur zwei Monate einen befriedigenden Zustand gezeigt haben. Darauf sei sie wieder sehr reizbar geworden, später zerstreut, theilnahmslos. Ueber ihr Verhalten zu Hause bis in den Frühling 1872 ist wenig zu erfahren gewesen, als dass ihr geistiger Zustand grösstentheils krankhaft erschien. Ihr Verhalten seit dem Frühjahr 1872 aber hatte sich ihre Umgebung genauer gemerkt. Die Kranke war immer unzugänglicher geworden, kauerte strickend oder bewegungslos in einer Ecke, auf alle Fragen gab sie die einzige monotone Antwort: „Wie immer".

Während dieser Zeit stellten sich zeitweise klonische Krämpfe der Nackenmuskeln und der Gesichtsmuskeln ein, denen sich sehr wandelbar auch Zuckungen in den Extremitäten zugesellten.

Am 28. Juni 1872 kam sie mit einem ähnlichen Status auf meine Klinik in der Irrenanstalt. Einzige Aeusserung der Kranken bei Anfragen nach Namen, Befinden u. s. w. „Wie immer". Die der anamnestischen Angabe nach, früher variabler localisirten Krämpfe waren auf ein continuirliches Werfen des Kopfes nach der rechten Seite beschränkt und erwiesen sich als ein reiner Accessoriuskrampf im Kopfnicker und Kapuzenmuskel. Nach einigen Tagen begann die Kranke fortwährend auf dem grossen Saale der Tobabtheilung umherzulaufen. Dabei besserten sich nach 14 Tagen die Nackenkrämpfe ersichtlich, nämlich sie wurden zunächst minder intensiv. Zehn Tage später waren die Nackenkrämpfe vollkommen verschwunden. Von jetzt an gab sich die Kranke einem fast fortwährenden aufgeregten Geschrei hin. Sie schrie derartiges wie: „Ich gebe Niemand die Hand, fluche lieber, brauche keine Complimente, ich kann arbeiten, fluche lieber, mein Vater ist als ehrlicher Mann gestorben, ich lasse mir die Hand nicht küssen."

Später erfuhr man, dass diese Ablehnungen von illusorischen Huldigungen aus der, mit andern wechselnden Wahnidee hervorgingen, die Kranke sei die Kaiserin. Vociferiren und Umherlaufen dauern im Gleichen vom letzten Dritttheil Juli bis 2. September, wo sich nach starken Morphin-Injectionen bis zu 0·08 auf einmal unter grosser Mattigkeit und Schwindel Vormittags leichtere, Abends stärkere Zuckungen im Gesicht, Nacken und Händen einstellten mit Schwindel und Erbrechen. Ihr unfreundliches Vociferiren, ihr hochmüthiges Abwenden von Kranken und Aerzten weicht erst von Mitte December an öfteren ruhigeren Zeiten. Dann zeigen sich leichte Nackenkrämpfe hie und da. Zeitweise kehrt ihre Antwort: „Wie immer" wieder, sie schreit im Tage nur einmal eine Stunde hindurch, hat Abends öfter lang andauerndes Schluchzen. Ende Jänners stellen sich nur bei Anreden ein paar momentane leichte Accessoriuskrämpfe ein.

Im Februar im Hörsaale demonstrirt, ist sie verlegen und hat gesteigerte Nackenkrämpfe, bei psychisch ruhigem Verhalten. Anfangs April wird sie von Erscheinungen einer Pleuresie und von Lungenkatarrh befallen. Die Gegend der rechten Lungenspitze ergibt Dämpfung. Das Zungenzeigen wird durch leichte Wurfbewegungen der Zunge gestört. Tiefe Inspirationsversuche gehen in Schluchzen über. Nach Ablauf des Fiebers binnen fünf Tagen sind diese Reflexe verschwunden. Darnach erholt sich die Kranke rasch, ist ganz frei von spontanen Nackenkrämpfen. Nur das Zeigen der Zunge ruft leicht einige Stösse von Schluchzen hervor. Als ich sie wenige Tage vor ihrer Entlassung (29. April)

eine tiefe Inspiration machen lasse, erfolgt zugleich eine Zuckung der Accessoriusmuskulatur. Das Experiment lässt sich präcis wiederholen; nach wiederholten tiefen Inspirationen folgen noch einige Stösse, welche sich als synchronisch mit der Athmung erweisen. Spontan tritt kein Nackenkrampf mehr auf.

Dieser Fall zeigt lang fortdauernde Krämpfe in den Nackenmuskeln des Acessorius, welche, synchronisch mit der Respiration, durch Reizirradiation von den Athmungscentren aus entstehen. Diese Krämpfe hatten früher, während einer Herabsetzung der Hemisphärenerregung, in einem apathischen Zustande sich durch Uebererregung des reflectorischen Gebietes der Oblongata sich in noch breiterer Irradiation gezeigt. Wir sahen sie im Herannahen einer maniakalischen Erregung des Vorderhirnes vermindert, mit der Entwicklung der Manie verschwinden, dann in einem erschöpften Zustande (nach Morphingebrauch) sich wieder zeigen, wieder verschwinden, während einer fieberhaften, schwächenden Affection wieder auftreten und mit der Erholung des Gehirnes kein spontanes Auftreten mehr zeigen. Es ist sogar wahrscheinlich, dass während der grösseren Gehirnerregung im maniakalischen Zustande die Reflexhemmung noch grösser war, als nach der Genesung. Tiefe Inspirationen, welche darnach den Reflex noch provocirten, müssen doch während des unausgesetzten maniakalischen Geschreies unausbleiblich erfolgt sein, ohne dass damals eine Spur der Nackenkrämpfe zu sehen war.

Hier fallen örtliche Gehirnerregung und Reflexhemmung zusammen.

Da Niemand glauben wird, dass Reflexerscheinungen, wie Gähnen, Weinen, Lachen, Schluchzen, sowie Zusammenschnüren des Kehlkopfes, des Schlundes, Ructus, unwillkürliche Sphincterencontractionen Erregungszustände des Vorderhirnes bedeuten, so ist es vielleicht müssig, darauf aufmerksam zu machen, dass diese mit der Hysterie, dem Zustande der reizbaren Schwäche sich verbindenden Erregungen reflectorischer Apparate ihren Reiz nicht im Vorderhirn finden, sondern dass dort der Sitz der Schwäche zunächst in Bezug auf die Reflexhemmung zu suchen sein wird.

Auf die klinischen Anzeichen, welche das Vorderhirn Hysterischer durchaus als schwach erregt beurtheilen lassen, denke ich noch nach zwei Richtungen einzugehen. Vorerst will ich noch andere Fälle anführen, wobei solche vorkommen, welche die Deutung auf eine erhöhte Thätigkeit der Hemisphären durchaus nicht rechtfertigen. Als eine Erscheinung der Hemisphärenerregung erscheinen die Verstimmungen. Ich glaube jedoch, dass nur den stetigen krankhaften Verstimmungen die klinische Bedeutung von positiver Erregung zuzuschreiben ist. Zur richtigen Beurtheilung ist hier zu berücksichtigen, ob die Verstimmung mit einer verstärkten und im allgemeinen dauernden Bethätigung des logischen Apparates und der bewussten Bewegungsimpulse einhergeht. Dies ist nur für die maniakalische Verstimmung bemerkbar. Wenngleich hier zweifellose

Folgen einer, unter besonderen Bedingungen auftretenden arteriellen Hyperämie vorliegen, deren Erörterung insbesondere auf die Beziehung zu allgemeiner Anämie mich zu weit führen würde, so ist andererseits zu berücksichtigen, dass hier nur ein begrenztes Mass des Reizmomentes der Hyperämie vorhanden sein darf. Sobald die Hyperämie zu Gehirndruckerscheinungen oder verlangsamter Circulation im Gehirne führt, sistiren die belebten maniakalischen Erscheinungen. Verworrenheit, Angst entwickelt sich, und was später seine Würdigung als klinisches Zeichen einer herabgesetzten Wirkung des Vorderhirnes dargelegt werden wird, Zwangsvorstellungen, Hallucinationen, Verfolgungswahn treten auf. Diese Symptome können sich nach dem eben Gesagten begreiflicher Weise vorübergehend innerhalb eines regulären maniakalischen Processes geltend machen.

Aber nicht nur in klinischem Sinne ist die Wirkung der Hyperämie von ihrer Intensität und deren Nebenwirkungen abhängig, so dass sie fliessende Uebergänge sehr unähnlicher Symptome hervorbringt. Auch die Intensität der physiologischen Erregung des Vorderhirnes als logischer Apparat und als Hemmungsapparat scheint ein eingeschränktes, muthmasslich zunächst den Gehirndruck ausschliessendes Mass zu bedürfen. Dem Denker wird es oft nöthig, das Mass der vorhandenen Erregung durch nebensächliche Thätigkeit, durch ein gewisses Umhergehen, eine Ablenkung auf das Rauchgeschäft, das eine Narkose einschliesst, auf das sinnliche Fixiren eines gleichgiltigen Objectes oder irgend eine zwecklose Hantirung auf das Mass der verwendbaren Erregung zurückzuführen.

Die Gehirnerregung unter dem Symptom der traurigen Verstimmung bei der Melancholie ist mit Hemmungserscheinungen in der Leistung des Vorderhirnes combinirt. Um so geringer wird die Beziehung dieser Erregung des Vorderhirnes zu dem empfindlichsten Factor unter den Leistungen des Vorderhirnes sein, zur Hemmungsleistung. Es sind bereits alte aber verlässliche Angaben, dass die Angst der Melancholiker mit der ungehemmteren Erregung eines vielfach mit reflectorischen Centren verknüpften Nervs des Vagus zusammenhängt, dass eine sonst vom kräftiger wirkenden Vorderhirn gehemmte Contraction des Kehlkopfes, des Schlundes, vielleicht noch der Bronchien fühlbar wird.

Den Hysterischen schreibt man eine Reizbarkeit des Vorderhirnes wegen der intensiven, wenngleich wechselnden Verstimmungen zu. Indem aber gerade die Schwäche der Erregbarkeit des Vorderhirnes bei ihnen aus anderen Gründen erweislich ist, wirft sich die Erörterung eines nur secundären Entstehens dieser Stimmungen auf, und zwar aus der durch geringere Hemmungsfähigkeit des Vorderhirnes begünstigten reflectorischen Reizbarkeit.

Wenn Lachen, wenn Weinkrämpfe häufige Erscheinungen der Hysterie sind, so können sich zweifellos durch Association die mit

Lachen und Weinen verbundenen Stimmungen im Vorderhirn dazu gesellen. Gewiss auch dann nicht minder, wenn Lachen und Weinen etwa durch hallucinatorische Reize vermittelt sind. Die Hysterische ist dann dem Schauspieler vergleichbar, welcher durch die Darstellung des Affectes den Affect selber in sich entwickelt.

Ich glaube, dass an dieser Stelle auch der sogenannten wechselnden Stimmungen der Paralytiker zu gedenken sein wird, die so haltlos ist, dass unter Anderen Gudden darüber bemerkt, man könne denen ein und dieselben Sätze in weinerlichem und dann in heiterem Tone vorlesen und der Paralytiker wird häufig zuerst darüber weinen und dann darüber lachen. So verhält es sich auch. Es ist aber ganz zweifelhaft, ob man hier von Stimmungen sprechen dürfe. Die Leistung des atrophirenden Paralytikergehirnes ist in den Aeusserungen des logischen Mechanismus tief gestört, ebenso gewiss in der Hemmungsleistung, welche schon bei Gehirnen von scheinbarer Integrität herabgesetzt sein kann.

Solche Reflexe können hier auch blos durch das bekannte Reflexauslösungsmittel der Nachahmung der vorgemachten Zeichen eines Affectes zu Stande kommen. Der Paralytiker braucht den Inhalt des ihm Vorgetragenen gar nicht verstanden zu haben.

Ich glaube, dass durch die Würdigung der Schwäche des Vorderhirnes im Hemmen der Reflexe ein Verständniss für Schwäche mit Reizen sich gestaltet, für welches, wenn nicht das ganze, so doch ein weites Terrain der reizbaren Schwäche vom Localisationsstandpunkte aus berechtigter Weise in Anspruch genommen werden kann.

Es lässt sich aber beispielsweise bezüglich des Hysterismus der Einwand erheben, dass das Vorderhirn hier in einem übererregten Zustande sich befinde, weil direct die Sinneseindrücke intensiver percipirt werden, Lichteindrücke ihrer intensiven Wirkung wegen vermieden, Gehörseindrücke aus besonderer Weite empfunden, ebenso Geruchseindrücke mit besonderer Feinheit unterschieden werden. Endlich werden Sensationen der Eingeweide, wie beispielsweise der berühmte Neurolog Charcot anführt, ein Druck auf die Ovarien mit einer besonderen Intensität empfunden, nicht minder antiperistaltische Bewegungen in der Speiseröhre, im Schlundkopfe. Die allergemeinsten Hypochonder, deren Sensationen von Erregungen der Testikel oder der vesicae spermaticae ausgehen, fühlen diese Sensationen bis in das Rückenmark, bis zum Kopfe ansteigen. Endlich sind die Hysterischen wie die Hypochonder reich an den vielfachsten neuralgischen Sensationen.

Wofern hier nicht objective stärkere Eindrücke oder erregende Erkrankungen der peripheren Nerven in Betracht kommen, wo durch Veränderungen in den Organen, durch periphere Neuritis, eventuell eine centrale Reflexerkrankung zu Stande kommt, so darf von einer functionellen Hyperästhesie gesprochen werden. Die Frage liegt dann

so: Ist das wahrnehmende Vorderhirn hyperästhetisch, oder sind die infracorticalen Centren und die Leitungsbahnen hyperästhetisch.

Es wurde oben auf den Gegensatz hingewiesen, in welchem die starke Vorderhirnleistung, welche sich wesentlich in der Rinde mit ihren fibrae propriae äussert, zu der anscheinenden Intensität der Perception steht. Die Sinneswahrnehmung zeigte nicht die Spur einer Hyperästhesie durch Function des Vorderhirns. Sie erschien im Gegentheil erst durch die Möglichkeit ihrer Reproduction, einer reinen Vorderhirnleistung, recht erweisbar (pag. 10 und 11). Ein Gebiet der Hemmung durch starke Wirkung des Vorderhirns liegt zunächst schon in den Centren und Bahnen, welche die Sinneswahrnehmung vermitteln. Wir können uns vorstellen, dass die starke Rindenerregung etwa auch auf die corticalen Enden der centripetalen Leitung einen centrifugalen Impuls überträgt, welcher die centripetale Fortleitung der Eindrücke erschwert. Die doppelsinnige Leitung der Nervenerregung gestattet, aus den Thatsachen diesen Schluss zu ziehen.

In der Rindenerregung liegt demnach kein Hyperästhesiren der Sinne. Der Nachlass der ihr inwohnenden Hemmung ist ein hyperästhesirendes Moment. Der Nachlass der Rindenerregung wird einem Masse von Hyperästhesirung gleichkommen. Je grösser dieselbe, um so mehr steigt die hyperästhetische Reizung, welche die mit den Sinnen und den infracorticalen Sinnescentren zusammenhängenden Bahnen gewinnen und sie führen dem Vorderhirn ungewohnt starke Reize zu. Der Wegfall der Hemmung vermittelt reizbare Schwäche. Die Schwäche liegt im Vorderhirn, die Reizbarkeit in den Centren und Bahnen der Sinneswahrnehmung. Die Verknüpfungen im logischen Apparate werden formal correct sein. Die Erschöpfbarkeit des schwach innervirten Vorderhirns wird aber die hyperästhesischen Sinnesreize als widrige Erregung empfinden lassen, ja ein, dem Verfolgungswahn einigermassen analoger Schlussprocess führt die Folgerung herbei, dass das Vorhandensein der objectiven Sinnesobjecte, und die Menschen, welche sie zuliessen, ungerecht für den peinlichen Gehirnzustand schuldig gemacht werden.

Können Hysterische oder Hypochonder zur Hemisphärenerregung, etwa durch geistige Beschäftigung, gebracht werden (gute Ernährung vorausgesetzt), so stellt sich die, von den hyperästhetischen Qualen heilende Hemmungswirkung des Vorderhirnes oft glänzend heraus, wie allen Praktikern bekannt ist. Wir sehen demnach auch bezüglich der Sinneshyperästhesie die localisirte Vertheilung von Schwäche und Reizbarkeit hervortreten.

Obwohl die Hypochonder und die Hysterischen für die hier vertretene Anschauung Contactpunkte in Fülle liefern und bei letzteren kein Mangel an Reflexbegünstigungen herrscht, so schliesse

ich doch die Betrachtung ihrer Sensationen an das Verhalten der Sinneshyperästhesie zur reizbaren Schwäche. Die von den Empfindungsnerven ausgehenden Reize führen bei dem Manne überhaupt um etwas schwerer zu Reflexerregungen als beim Weibe. Andererseits zeigt sich die herabgesetzte Hemisphärenleistung in dem Zulassen, in der Ungehemmtheit von Sensationen der Eingeweide, welchen die Sprache bei Aufzählung der Sinne gar keinen Namen gibt, weil sie dem ungeschwächten Gehirne gar nicht zur Wahrnehmung kommen, wenn auch periphere Anstösse zu ihrem Entstehen gegeben sind. Von jeher ist die Hypochondrie als Hyperästhesie aufgefasst worden. Die Hyperästhesirung betrifft aber bei dem Zusammenhange der in Rede stehenden Hyperästhesirungen mit den hypochondrischen Erscheinungen wieder nicht den Gehirnabschnitt des Vorderhirns, sondern die Bahnen peripherer Reizquellen. Es wird vielleicht Jemand den Einwand erheben wollen: ob denn nicht die Schlaflosigkeit vieler hiehergehöriger Kranker einem andauernden Erregungszustand des Vorderhirnes entsprechen müsse. Hierauf scheint mir zu erwiedern, dass die chemischen Bedingungen des Schlafes eben unter den Umständen eines durch die Hemisphärenerregung gesetzten Stoffumsatzes zu Stande kommen, und dass diese Bedingungen gerade bei einer Erregungsschwäche des Vorderhirnes fehlen. Bezüglich der Auffassung der hypochondrischen Sensationen gibt Westphal mit Recht an, dass im Beginne der Verrücktheit häufig genug nur ein allgemeines hoffnungsloses Krankheitsgefühl, psychische Bewegungsunfähigkeit geäussert werden. Einerseits beruht oft die Angabe allgemeinen Krankheitsgefühles auf der Unmöglichkeit, Localisationen anzugeben, andererseits dürfte das Gefühl der durch nichts erklärbaren motorischen Schwäche auch durch Hyperästhesirung jener im physiologischen Zustande erst nach Anstrengungen auftretenden Müdigkeitsgefühle gedeckt sein können, welche in der Steigerung bis zu den Muskelschmerzen ihre periphere Quelle verrathen. In Dingen der Nervenleistung wird wohl überhaupt die Chemie des Stoffwechsels noch die gründlichsten Entscheidungen herbeiführen.

Es wurde im Vorangehenden ohne die Absicht, ein ganzes klinisches Bild der Hypochondrie und Hysterie zu geben, ein Theil ihrer erklärbaren Reizerscheinungen hervorgehoben. Die Verträglichkeit verminderter Erregung des Vorderhirnes mit Reizerscheinungen stimmt mit der klinisch heute so trefflich ausgearbeiteten Pathogenese der Verrücktheit (des Wahnsinns) überein, in so ferne der hysterische und hypochondrische Status darin eine Rolle spielt.

Im weiteren will ich auf jene eminente Quelle der primären Verrücktheit übergehen, als welche die Hallucinationen auftreten. Das Vorkommen von Hallucinationen bei Hysterischen, welche übrigens oft die Täuschung wohl erkennen, gibt schon an die Hand, dass die Erregungsschwäche des Vorderhirnes kein un-

günstiger Status für das Auftreten der Hallucinationen sei. Wie schon Hagen und Schröder v. d. Kolk aufmerksam machten, gelingt es der intendirtesten Erregung des Vorderhirnes nicht, seine Erinnerungsbilder in Hallucinationen zu verwandeln. Ja in Fällen, wo hiezu der Anschein vorläge, dürfte weit eher eine, der Uebererregung folgende Erschöpfung der Hemisphärenleistung die Hallucinationen begünstigen. Die Thatsachen als richtig vorausgesetzt, liessen sich Hallucinationen der Heiligen um so mehr, wenn diese unter den schwächenden Einflüssen von Fasten und Unterbrechung des Schlafes standen, als nur secundäre Folgen geistiger Erregung erklären.

Auch bezüglich des wahren Erregungszustandes Manie, selbst für die in Manie übergehende Melancholie, spricht Hagen[1]) eine Exemtion von Hallucinationen aus. Dass Hyperämie der Hirnhäute und der Hirnrinde die Hallucinationen begünstigen, wie Wundt[2]) bemerkt, werden die Psychiater kaum bestätigen.

Von einer höheren Erregung des Vorderhirnes kann bei Zuständen, die das Bewusstsein trüben oder ausschliessen, niemals die Rede sein, was bezüglich der acuten Meningitis gesagt sei.

Bei den Hallucinationen der Verrückten verräth aber der Gehirnbefund nach unserer heutigen Kenntniss nichts von einem anatomischen Hinweis auf momentane oder abgelaufene Reizung der Rinde.

Das Bewusstsein ist ja das einzige Kriterium einer wirksamen Erregung des Vorderhirnes, dennoch ist der Fieberzustand so reich an Hallucinationen. Es freut mich, hier auf die Studie eines echt klinischen Autors und Psychiaters hinweisen zu können, welchem sicher ein sehr fruchtbares Forschungsgebiet bestimmt ist, auf Heubner[3]).

Auch die Aura der Epileptiker lässt wohl folgende einschlägige Auffassung zu. Die Erhöhung des Gefässdruckes im Schädel ist immer von einer das Nervenleben deprimirenden Wirkung. In der Epilepsie führt sie zum Verluste des Bewusstseins. Unmittelbar vor der Ohnmacht aber entstehen im Epileptiker die Gefühle der Aura, darunter Vagusreize, von Reflexen begleitete Sensationen der Eingeweide oder Hallucinationen. Gewiss ist im epileptischen Anfall jede Hemmungswirkung der Hemisphären weggefallen, und wird unmittelbar vor der Ohnmacht während der Aura kaum irgend ein Minimum dieser Leistung sich geltend machen. An einen von den Hemisphären ausgehenden Reiz ist dabei nicht zu denken, sondern nur an anderörtliche durch den rapiden Wegfall der Hemmung gleichsam frei gewordene Reize. Nur die Oertlichkeit der,

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. B. 25.
[2]) Grundzüge der physiologischen Psychologie 1874, II. B., pag. 647.
[3]) Ueber den Zustand der Seele im Fieber. Separatabdruck aus der Wochenschrift „Zum neuen Reich“ 1877.

von irgend andersher gereizten Regionen der Hemisphäre kann, wie die Gleichartigkeit des Inhaltes der Aura in mehreren Anfällen zeigt, zu dem Anfalle in einem festen Verhältnisse stehen. Dieses Verhältniss weist meistens auf die unmittelbare Ursache oder die Gleichzeitigkeit einer bestimmten Wahrnehmung mit einem der Anfälle, oft mit dem ersten hin. Ich kann die hiehergehörigen Beispiele um folgenden Fall vermehren. Ein Mann, welcher in der Schulzeit einen Kameraden so am Finger beschädigt hatte, dass letzterer den Finger verlor, wurde epileptisch, und seine Aura bestand häufig in dem Bilde des verletzten Knaben.

Auch die Verknüpfung der Herabsetzung der Vorderhirnleistung im Schlafe mit dem Auftreten der Hallucinationen deutet auf keinen Bedarf stärkerer Hemisphärenerregung zu ihrer Begünstigung. Die Unterscheidung, welche Hagen zwischen Hallucinationen und Traumbildern macht, dass neben letzteren kein wirkliches Object wahrgenommen wird, möchte ich als gar keine wesentliche Differenz ansehen. Gesichtshallucinationen Wachender werden auch zuweilen durch Schliessen der Augen begünstigt, wobei keine andere Wahrnehmung neben der Hallucination möglich ist. Ein wesentlicher Unterschied unter den Hallucinationen selbst aber scheint mir darin zu liegen, ob der Kranke als ihren Entstehungsort seinen Kopf oder die Aussenwelt betrachtet. Der erste seltenere Fall hängt wahrscheinlich mit directer Reizung der Sinnesoberflächen durch ihre Gefässe oder durch Processe in ihren Einbettungsorganen zusammen.

Die Hemisphärenerregung des intensivsten Willens vermag keiner Reproduction von Erinnerungsbildern die sinnliche Lebendigkeit zu verleihen. Die intensive Erregung durch das Sinnenbild hat im Erinnerungsbild der Sonnenscheibe nicht den Werth der denkbar geringsten Leuchtkraft und die Erinnerung an einen Kanonenschuss nicht den Werth der leisesten Schallempfindung. Zwar ist im Erinnerungsbild eine Beziehung zur Intensität der Eindrücke nicht ausgeschlossen, das zeigt die Reproduction einer Nebenwirkung bei der Erinnerung an Gegenstände, Schauder, Ekel, Furcht. So physikalisch unfassbar die Intensität eines Erinnerungsbildes auch sei, eine Abstufung, eine Schätzung der Intensität der begründenden Sinneseindrücke ist durch die Leistung des Vorderhirnes doch darin eingeschlossen.

Die Hirnrinde vermag demnach weder innerhalb ihrer Substanz eine Hallucination zu erregen, noch haben ihre Erinnerungsbilder die intensive Wirkung, durch einen Missbrauch der doppelsinnigen Leitung, die Umkehr der centripetalen Leitungsrichtung sensibler Bahnen in eine centrifugale Leitungsrichtung zu erzwingen, durch welche von der Rinde aus jene Zwischenapparate etwa bis in die peripheren Sinnesorgane hinein erregt würden, durch welche Bilder von sinnlicher Lebendigkeit zweifellos hervorgebracht werden.

Im Gegentheil lässt sich die Annahme stützen, dass ein intensiver Anstoss des Vorderhirns zur rückläufigen Leitung die Wirksamkeit der empfindungleitenden centripetalen Bahnen nur zu hemmen vermag (pag. 16). Was der intensiveren Rindenerregung im Wachen nicht gelingt, nämlich ein Erinnerungsbild centrifugal nach aussen zu projiciren, ist von ihrer geringeren Erregungsphase im Schlaf, in der Ohnmacht noch weniger zu erwarten. Und doch hallucinirt das schlafende, das ohnmächtige, das erschöpfte Gehirn.

Das Reizmoment für die Hallucinationen kann also in den Hemisphären, d. i. in dem Centrum, von dessen Erregung das wache Bewusstsein abhängt, nicht entspringen.

Zum Verständniss der Hallucinationen ist zunächst ein wissenschaftlicher Standpunkt darin gegeben, dass eine Reihe physiologischer Experimentatoren: Longet, Schiff, Renzi, Vulpian, Demoulin, Volkmann überzeugt sind, dass Thiere ohne Vorderhirn noch sehen. Golz theilt dieselbe Meinung und eben so auf seine experimentell physiologischen Untersuchungen hin v. Gudden. Golz führt vom Frosche ein Beispiel an, welches beweisen würde, dass ein Frosch ohne Vorderhirn noch verräth, dass das Netzhautbild unter die Motive seiner Bewegungsrichtung gehöre, indem er an ein, vor ihm liegendes Hinderniss, wenn er zum Fortkriechen gereizt wird, nicht stösst, sondern es umgeht.

Im Gegensatz zu der auf Abfaserung gegründeten Meinung von Gratiolet, dass der Tractus opticus durch directe Strahlungen mit der Hirnrinde zusammenhänge, habe ich gezeigt[1]), dass die Verbindungen des Tractus und der Rinde sich nur mittelbar unter Einschaltung der bekannten grauen Massen gestalten, in welche ersterer bekanntlich eingeht. Munk[2]) hat durch experimentelle Ergebnisse die von Gratiolet und mir der Sinneswahrnehmung zugewiesenen Rindenbezirke im Schläfen- und Hinterhauptlappen bestätigt.

Die Insufficienz des Willens zur Erregung von Hallucinationen ermessend, haben hervorragende Psychiater, Kahlbaum[3]) in einer gedankenreichen, sehr in das Specielle gegliederten Abhandlung, Schröder v. d. Kolk[4]), ferner Hagen l. c., von welchem übrigens noch eine weit ältere Monographie über die Hallucinationen herrührt[5]), ein eigenes Sinneshirn angenommen, von welchem die Wahrnehmungen erst secundär in die Grosshirnrinde gelangen. Dagegen neigt sich Wundt l. c. der Annahme zu, dass die Grosshirnrinde der Sitz der Phantasmen sei. Das ist sicher in dem Sinne wahr, als sie, um bewusst zu werden, dahin gelangen müssen.

---

[1]) Sitzungsberichte der k. k. Academie der Wissenschaften. 1866.

[2]) Zur Physiologie der Grosshirnrinde. Berlin. klin. Wchschrft. 1877. Nro. 35.

[3]) Zeitschrift für Psychiatrie von Lähr, Band 23.

[4]) Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten, Braunschweig 1863.

[5]) Die Sinnestäuschungen. Leipzig 1837.

Wenn aber Wundt einen Einwand gegen den Zusammenhang der Ganglien des Sehhügels, des Vierhügels mit Functionen der Sinneswahrnehmung darin findet, dass diese Massen, nachgewiesenermassen mit motorischen Bahnen zusammenhängend, Reflexe vermitteln, so scheint mir die sehr rückhaltsvoll ausgesprochene Annahme dieses scharfsinnigen Forschers nicht hinlänglich gestützt. Bezüglich des Vierhügels bemerkt Wundt, dass man darin Apparate erkannt hat, in welchen sich die Netzhauterregungen mit Bewegungen der Augenmuskeln combiniren. Ich glaube, diesen Mechanismus anatomisch aufgedeckt zu haben in Form radiärer Verbindungen der Vierhügelmasse, die mit dem Tractus opticus zusammenhängt, mit der grauen Masse um den Aquaeductus Sylvii, welche die Oculomotoriuszellen einschliesst[1]) und habe dieses radiäre System seither in Goldpräparaten mit fulminanter Klarheit darstellen können. Die Verbindungen des Vierhügels mit der Gehirnrinde führen derselben somit Opticusreize sammt Innervationsgefühlen von Augenmuskeln zu, welche zum Zustandekommen räumlicher Anschauung in der Rinde associirt werden. Dies ist ja ein Theil der von Wundt ausgesprochenen Lehre vom Zustandekommen der räumlichen Wahrnehmung, nach anderen die ganze Lehre davon. Aber die Verknüpfung dieser Factoren ist im Vierhügel schon vorgebildet. Was er auf die Rinde überträgt, braucht kein einfacher Sinnesreiz mehr zu sein, es schliesst die Elemente vollendeter Wahrnehmung in der That schon in sich. Der Acusticus hängt in Brücke und Oblongata mit den, seinen Reflexen unterworfenen Kernen der klangbildenden Nerven, Facialis, Hypoglossus, Vagus zusammen[2]), er hat bemerkenswerth mächtige Verbindungen mit dem Kleinhirn, welches, zeitlich in Successionen gereihte Bewegungen coordinirt, und diese können mit der zeitlichen Succession der Acusticuseindrücke parallel gehen. Wenn die Acusticuseindrücke in der Rinde zeitlich geordnet sind, wenn Klangbilder und die Innervationsgefühle der sprachbildenden Nerven in der Rinde associirt werden, so scheint mir in den infracorticalen Verbindungscentren des Acusticus schon viel von den Merkmalen seiner corticalen Eindrücke vorbereitet zu sein.

Gewiss dringt die objective Wahrnehmung in die Gehirnrinde, und die Rinde hat ihre eigene Wahrnehmungsform dafür und die Erinnerungsbilder sind das Material ihrer Associationen und ihrer motorischen Impulse. Die infracorticalen Centren aber werden bei der Wahrnehmung miterregt. Die infracorticalen Centren haben den Reizen schon das Gepräge für die cerebrale Wahrnehmung ertheilt. Wenn subjective Erregungen der subcorticalen Sinnescentren ungehemmt bis zur Rinde gelangen, so

[1]) Stricker. Die Lehre von den Geweben. Vom Gehirne der Säugethiere.

[2]) Ebenda.

wird die Rinde, durch einen, auf die Identität der Eindrücke gegründeten Schlussprocess dieselben, als von der Aussenwelt herstammend aufnehmen.

Bei normal kräftiger Wirksamkeit hemmt die Rinde die Zuleitung von objectlosen Erregungen solcher Centren. Bei herabgesetzter Leistung hemmt sie dergleichen nicht.

Eine Umkehrung der centripetalen Leitungsrichtung, wie sie Hagen als nothwendig voraussetzt, braucht nicht im Spiele zu sein. Die objectlose Erregung, welche die besprochenen Sinnescentren bei Nachlass der Hemmung in die Rinde übertragen, läuft centripetal. Die Sinnesorgane sind, wie allgemein wegen des Verhaltens Blindgewordener anerkannt wird, zu den Hallucinationen nicht immer nöthig. Jolly hat bei Gehörshallucinationen durch elektrische Prüfung Hyperästhesie des Gehörnervs nachgewiesen. Dass durch die Beeinträchtigung der Hemisphärenhemmung Hyperästhesie der infracorticalen Functionsherde im Gehirn (und Rückenmark) an sich schon gegeben sei, erscheint unabweislich. Auch äussere Reize vermögen die Intensität zu steigern. Manche hören nur Reden, wenn überhaupt Geräusch vorhanden ist. Die Hallucinationen können mit dem Gedankengang der Kranken contrastiren oder mit ihm übereinstimmen. Das letztere Verhältniss bildet sich wohl zunächst aus, dem Inhalt nach sehr unklaren Erregungen, beispielsweise des Gehörs hervor, welche sich die Rinde gleichsam auslegt, wie das Volk in dem Rhythmus eines Singvogelschlages eine Phrase zu hören glaubt. Ferner tritt hinzu, dass vom Gehirn pathologische Dexteritäten erworben werden, wie die Wirkung der Hyperästhesie des Gefässcentrums auf einen progressiven epileptischen Status dies verräth. So bleibend und erleichtert kann gleichsam auch die Dexterität zu Hallucinationen werden. Es scheint bei manchen, meist schon längere Zeit Verrückten ihr eigener Gedankengang schon zu bewirken, dass sie, statt Erinnerungen zu produciren, halluciniren, und dann glauben, ihre Gedanken waren von andern durch kunstvolle Mittel vernommen und nachgesagt.

Doch muss man, angeregt durch manche kritische Bemerkung Hagen's, überall ein mögliches Verhalten von Kranken beherzigen, was für den Ausdruck von Hallucinationen gehalten werden kann, ohne von solchen herzurühren. Kahlbaum und Hagen setzen von den infracorticalen Sinnescentren bei Hallucinirenden eine grössere Integrität in Ernährung und Zusammensetzung voraus, als von deren Hemisphären. Dafür sprechen besonders die Angaben Hagen's über das allmälige Verschwinden der Hallucinationen Verrückter, wenn die Deteriorirung des Gehirnes vorschreitet, und über den Mangel von Hallucinationen bei dem Blödsinn.

Was nach all' dem für den Hemmungsmangel von Hysterischen, Hypochondern und Verrückten gegenüber extracorticalen

Erregungen gilt, das muss wohl auch auf den Hemmungsmangel gegenüber den intracorticalen Erregungen bezüglich der Zwangsvorstellungen und Wahnideen übertragen werden.

Das erhaltene Mass von Intelligenz ist unter der Annahme verständlich, dass wahrscheinlich ein geregelter Ablauf im logischen Apparate des Vorderhirns eine minder intensive Arbeitskraft erfordert, als die Ausübung der Hemmungsacte.

Vielleicht gelingt es mir, durch meine, auf das Verständniss des Wahnsinns, der primären Verrücktheit ausgehenden Ausführungen gezeigt zu haben, dass nur so ausgezeichnet in ihren Erscheinungen und in ihrer Pathogenese geschilderte Krankheitsbilder, wie sie für diesen fast überwiegenden Theil der Irren allgemach erreicht wurden, ein Verständniss aus dem Ganzen heraus anbahnen. Dagegen sind die klinisch oberflächlich aufgefassten Krankheitsbilder nutzlos. Eine Abschwächung des Werthes der Hemisphärenleistung ist übrigens gewiss die natürlichste Voraussetzung bei den meisten Psychosen, und dieser bin ich hier gefolgt.

Ich habe ein Uebergehen auf anatomische Grundlagen im Momente noch für ein unreifes Unternehmen gehalten. So sehr ich ferner chemische Alterationen ebenschon durch die Annahme einer Deteriorirung der Gehirnmasse voraussetze, über deren anatomische Natur noch keine Auskunft vorliegt, und so sehr ich die beiden letzteren Grundlagen als von einander abhängig betrachte, so überzeugte ich mich doch, dass ein von der Localisirung der Reizquellen ausgehender Standpunkt hier vor allem wichtig sei. Ich denke ähnlich, wie schon in dem vorigen Abschnitte bemerkt wurde, über andere psychische Krankheitsformen, deren primäre Erscheinungsursache in die Gefässcentren zu localisiren ist, nicht in das Vorderhirn.

Diese localisirende Richtung in der psychiatrischen Forschung steht in Analogie zu der Entwicklung aller klinischen Disciplinen, indem die Diagnose wohl immer zuerst auf die erkrankten Organe überhaupt und erst weiterhin auf die zu Grunde liegenden anatomischen Processe sich erstreckte. Berechtigte Localisationen bedeuten demnach eine Station auf dem Wege der heutigen Psychiatrie zu einer klinischen Wissenschaft.

Zur Frage der primären Verrücktheit.

Mittheilungen von Dr. J. Fritsch, Assistent der Klinik des Herrn Regierungsrathes Prof. Dr. Meynert.

II.

2. Fall: Ein 23jähriger, intelligent aussehender Schuhmacher-Gehilfe mittlerer Statur, wohlgebaut, von blasser Hautfarbe, wurde

vor Kurzem mit ärztlichem Parere der psychiatrischen Klinik zugeführt.

Durch Geisteskrankheit des Vaters, sowie zweier Cousinen erblich veranlagt, durch in der Kindheit überstandene „Fraisen“ zu Nervenkrankheiten disponirt, zeigte er von jeher eine Vorliebe für die stille Zurückgezogenheit. Seit $1^1/_2$ Jahren machen sich an ihm auffallende Störungen bemerkbar, vermeintliche Einflüsse feindseliger Natur bringen ihn mit seiner nächsten Umgebung in Conflict, der letztlich durch gefährliche Drohung gegen dieselbe eine bedenkliche Höhe erreicht hatte.

Der etwas abgemagerte Kranke, am Halse mit Narben als Residuen scrophulöser, in früher Jugend eingetretener Drüsen-Vereiterung behaftet, hat ausser der erwähnten, keine erhebliche Krankheit durchgemacht; die objective Untersuchung ergibt keine nennenswerthe körperliche Abnormität; der horizontale Schädelumfang — 560 Mm. bei einer Körperlänge von 168·5 Ctm. — bewegt sich noch innerhalb gewöhnlicher Grenzen.

Um sein Befinden befragt, lässt sich der Kranke in folgender Weise vernehmen:

„In körperlicher Beziehung bin ich schwach; überhaupt zeigt sich in meinen ganzen Leistungen eine gewisse Schwäche, besonders im Handwerk; schon von Jugend auf kann ich nicht das leisten, was Andere in meinem Alter können; nur schwer kann ich mich zu einer Thätigkeit aufschwingen: wohl hat es mir nie an gutem Willen gefehlt, aber die Kraft ist geschwächt — zwar nicht von Jugend auf, erst seit späterer Zeit. Meine Seele ist gesund; nur der Körper ist krank; alle Functionen desselben sind geschwächt; die Augen haben nicht den richtigen Halt, den man fühlt, wenn man gesund ist — eine gewisse Schwere; — die Haare sind mir ausgegangen, sogar die Kopfhaut hat sich heruntergeschält; so sehr bin ich entnervt. In letzter Zeit ist mir die ganze Haut abgegangen — ohne Zweifel in Folge einer Schärfe, die nicht von Natur aus, sondern unbedingt künstlich beigebracht ist; ferner habe ich, oft gleich nach dem Essen, einen unbändigen Schmerz im Herzen verspürt; in früheren Jahren wohl schon habe ich heftige Schmerzen in den Beinen, vor einem Jahre Schmerzen in den feinen Nerven der Finger bei der geringsten Bewegung empfunden.“

Das alles — meint der Kranke — hätte er wohl mit Geduld ertragen; allein seit ungefähr einem Jahre werde er in beständiger Aufregung erhalten; durch nächtliche Pollutionen, die man ihm gewaltsamer Weise im Halbschlafe, wobei er ganz lahmgelegt sei, schaffe, werde er zusehends geschwächt. Es sei ihm vollkommen klar, dass all' diese Vorgänge durch eigenthümliche Mittel herbeigeführt werden, zumal er selbst sich von jeder Ausschreitung ferngehalten; bald habe er auch die Ueberzeugung gewonnen, dass seine Umgebung hievon Kenntniss habe; „sie haben mir alles wider-

sprochen, meine Ansichten niemals gelten lassen, auf andere Seiten hingedeutet; ich habe gesehen, dass sie mir nicht gut gesinnt sind und mir in Folge dessen gedacht, sie müssen damit im Einverständnisse sein.«

Was nun die Anschauungen selbst betrifft, die sich der Kranke über die Art der auf ihn einwirkenden schädlichen Agentien gebildet, so lässt sich in Rücksicht auf die vorerwähnten abnormen Gefühlswahrnehmungen die von ihm wiederholt geäusserte Annahme einer Vergiftung als sehr naheliegend begreifen; von demselben Standpunkte erklärlich erscheint auch seine Meinung, es müsse (da er wiederholt von heftiger Athemnoth bis zur Erstickungsgefahr befallen wurde) der Boden seiner Wohnung unterminirt und auf diesem Wege seine Zimmerluft verderbt worden sein.

Alle nur irgendwie als abnorm gefühlten Vorgänge, u. A. auch der Umstand, dass der Hut ihn öfter gedrückt, führt er auf den Einfluss irgend einer Substanz zurück, die ihm „von allen Seiten, durch die Luft, die Kost etc. beigebracht“ werde, einen Einfluss, den er selbst einfach als einen chemischen hinstellt.

Sowie nun nach der einen Seite hin diverse somatische Vorgänge in das angedeutete Abhängigkeits-Verhältniss gebracht werden zu vermeintlichen Beeinflussungen feindlicher Natur, so finden wir andererseits, in derselben Weise aufgefasst, die psychische Sphäre.

Obwohl der Kranke wiederholt betont, die Seele sei gesund, und in dieser Thatsache nicht nur Trost für seinen Zustand, sondern auch zugleich eine wesentliche Stütze findet für die ganze Auffassung seines Leidens, die in dem Satze gipfelt, „wenn die Krankheit natürlich wäre, müsste neben dem Leib auch die Seele krank sein“ — so fühlt er sich doch psychisch unfrei, wofür unter Anderem nachstehende Aeusserungen bezeichnend erscheinen: „Ich weiss, dass man auch den Geist beherrschen kann, die Gedanken, die Bewegungen; wenn ich mir manchmal etwas gedacht, haben Andere jedesmal die betreffenden Bewegungen gemacht. Oder ich dachte mir, der oder jener könnte das sagen; er sagte es dann. Man hat mir in letzterer Zeit das persönliche Recht, den freien Willen geraubt; Jeder, der nur kommt, kann mit mir machen was er will; ich habe dadurch unmenschlich gelitten, mein ganzes Rechtsgefühl war gedrückt. So bin ich ein wahrer Spielball in dieser Richtung geworden. Ich stehe da unter Führung, meine ganzen Ideen, Alles was ich rede — wer weiss ob ich nicht auch mit dem Geiste dorthin geleitet werde, dass ich das reden muss? Die Gedanken lassen sich ja auch erzeugen, so dass man wirklich glaubt, es sei eine eigene Idee; indess ist es nur eine beigebrachte. Ich denke mir z. B. etwas und die Umgebung gibt mir Antwort; das ist nur Wissenschaft; vielleicht steht das mit einer Anstrengung des Gehörs in Verbindung; jedenfalls müsste dasselbe sehr geschwächt sein. Es setzt mich all' das selbst in Erstaunen, aber ich

sehe, dass es doch so ist; die Wissenschaft hat wirklich in dieser Beziehung Fortschritte gemacht.«

Der Frage, zu welchem Zwecke ihm all' diese Leiden auferlegt und von wem, entgegnet Patient: »Ich denke mir, es kann kein Anderer sich damit befassen, als eine einflussreiche Person; es ist mir ein Räthsel, worauf das hinauslaufen soll; ich setze nur voraus, dass keine guten Absichten dabei sind; ich glaube nicht, dass jemandem anderen das auch passiren kann, weil überhaupt das Leben dann unmöglich wäre, Niemand sich am Leben freuen könnte.«

Weitere Schlüsse scheint der Kranke, der sich ziemlich rückhaltslos äussert, an seine Wahrnehmungen vorläufig nicht geknüpft zu haben; er verhielt sich während seiner kurzen Beobachtungsfrist gleichmässig ruhig, etwas in sich gekehrt; nur während des Gespräches geräth er sichtlich in Erregung; seine Züge werden lebhaft, das Gesicht leicht congestionirt, Zuckungen im Gebiete der Mundmuskulatur ergänzen das Bild nervöser Gereiztheit; im Gespräche selbst erscheint Patient seinem Bildungsgange entsprechend vollkommen intelligent.

Der vorgeführte Fall lässt ohneweiters erkennen, wie auf wesentlich hypochondrischer Grundlage entstandene und genährte Verfolgungswahnideen zu einem hier bis nun nur angedeuteten (allerdings noch sehr erweiterungsfähigen) Grössenwahne führen, wie ohne Intercurrenz etwa vorangegangener Psychosen die erwähnten Symptome in Erscheinung traten und zum Bilde der in Rede stehenden Form von Geistesstörung sich gruppiren.

3. Fall: Ein 25jähriger Bankbeamter — wegen einer angeblich durch unvorsichtiges Gebahren mit einem geladenen Revolver erhaltenen Schusswunde in der Herzgegend auf eine chirurgische Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses gebracht — wurde wenige Tage darauf wegen auffallender Aeusserungen auf die psychiatrische Klinik transferirt.

Der Kranke — von kleiner Statur, gut gebaut und genährt, etwas blasser Hautfarbe — zeigt, von jener Wunde abgesehen, keinerlei körperliche Abnormitäten. Er habe, wie er angibt, nie eine bedeutende Krankheit überstanden, stamme aus gesunder Familie; wohl sei ein Cousin mütterlicherseits »nicht recht beisammen«.

Bis zu seinem 11. Jahre, in welchem er das Elternhaus verliess, sei er immer zufrieden gewesen; entgegen seiner Vorliebe für's Gymnasium (Patient hätte gerne »etwas Besseres« werden wollen) habe man ihn damals in die Realschule geschickt; da neben der Lust zum Studium auch der erwünschte Fortschritt fehlte, habe er sich gar bald seitens seiner Angehörigen, die ihn »verkannt, nicht verstanden« hätten, den Vorwurf des Leichtsinns zugezogen; eine wiederholt acquirirte Trippererkrankung — von der die Eltern in Kenntniss gesetzt worden wären — habe vollends beigetragen,

ihm seine Angehörigen zu entfremden; man sei ihm mit Verachtung entgegengekommen, habe ihn nicht mehr so wie die anderen Geschwister behandelt, ihn überall zurückgesetzt. Durch diesen Zwiespalt mit seiner Umgebung ungemein deprimirt, habe er mit wahrer Freude den Tag begrüsst, an dem er — damals 17 Jahre alt — nach Wien reiste; thatsächlich habe er sich hier anfangs sehr glücklich gefühlt; bald jedoch kam es ihm vor, als ob man ihn überall mit einer gewissen Verachtung ansehe; ihm, der „nie Verachtung ertragen konnte", sei man mit Geringschätzung entgegengekommen; alle Menschen seien unfreundlich gegen ihn gewesen; alsbald kehrte die düstere Gemüthsstimmung wieder zurück.

Dieser in verschwommenen Umrissen sich bewegende Verfolgungswahn nahm innerhalb nicht sehr langer Zeit bestimmte Formen an; so erzählt Patient u. A., einmal habe man im Gasthause an einem Nachbartische vom Beischlaf gesprochen; dabei habe ihn der Kellner mit einer eigenthümlichen Miene angeblickt, „wie man einen jungen Menschen, der impotent ist, ansieht"; ausserdem habe man auch eine derartige Bemerkung über ihn gemacht. — „Bei anderen Gelegenheiten hat man über mich geflüstert, wobei ich immer das Gefühl hatte, als ob man über mich etwas sprechen würde, was nicht in Ordnung ist; so dass ich thatsächlich einmal an jemanden die Frage richtete, ob ich etwa ein schlechterer Mensch sei als die anderen. Zufällig erinnere ich mich", fährt Patient fort, „wie ungemein es mich berührt hat, als heuer beim Kegelspiel Einer den Kegelbuben einen Wasserkopf nannte; während ich darüber nachdachte, fiel mir ein, dass vor mehreren Monaten anlässlich eines Besuches bei meinen Eltern das Gespräch durch eine Dame auf einen ähnlichen Gegenstand gelenkt wurde, wobei sie sich ausdrückte, der Mann habe kein Wasser im Kopf — mit einer gewissen Beziehung auf mich, als ob sie sagen wollte, du hast Wasser im Kopfe. Erst nachträglich habe ich mir das alles zusammengereimt, bis ich mir etwas ausgedacht habe, was wohl nicht immer das Richtige war — wie es eben Laien ergeht; es war leider ein grosser Fehler, dass ich nicht gezwungen wurde zu wahrem Studium, ich wäre viel glücklicher geworden."

Nicht ohne eine gewisse rückhaltsvolle Scheu gesteht Patient — im weiteren Verlaufe des Examens — zu, wohl auch die Aufmerksamkeit hochgestellter Persönlichkeiten auf sich gezogen zu haben und berichtet u. A. von einer vor drei Jahren angeblich stattgehabten Begegnung mit dem Kaiser und der Kaiserin, wobei er von denselben angesprochen, von letzterer mit dem schmeichelhaften Attribute Dichter ausgezeichnet wurde; Tags darauf habe man — wie er von Anderen vernommen — in allen Zeitungen gelesen: N. N. wurde gestern von Sr. Majestät mit einer Ansprache beehrt; seinen Bekannten gegenüber habe er den Vorfall anfänglich in Abrede gestellt; später sei ihm die Existenz desselben wieder-

holt zweifelhaft vorgekommen; plötzlich habe er, des wahren Sachverhaltes sich entsinnend, vollständige Klarheit darüber gewonnen. Seinen eigenen Zustand sucht Patient mit den Worten zu skizziren: „Ich war damals so krank, dass ich von einem Tag zum andern alles vergass; war ich ruhig, habe ich von der ganzen Sache nichts gewusst; war ich aufgeregt, habe ich alles wieder gewusst, alles ist mir plötzlich eingefallen.“ „Die Kaiserin hat damals“ — erzählt Patient weiter — „für mich gefürchtet, äusserte sich, das junge, unerfahrene Kind müsse geschützt werden, nur dürfe Baron N. nichts hievon erfahren. Seit jener Zeit hat Baron N. — aufmerksam gemacht durch die Zeitungsberichte — sich um mich bekümmert; ich stelle mir vor, er hat mich — ich weiss nicht habe ich das geträumt oder ist es wahr — durch eine geheime Justizwache beobachten lassen; wiederholt habe ich den Chef der Justizwache gesehen, wie er, um sich unkenntlich zu machen mit einer Larve angethan, bei verschiedenen Gelegenheiten sich mir näherte; gewöhnlich hat man mich dabei immer so aufgeregt, beleidigende Ausdrücke mir zugeworfen, dass mein Blut in Wallung gerieth, alles in mir kochte; plötzlich habe ich wieder gar nicht gewusst, was mit mir vorgefallen; dann habe ich immer gegrübelt, ist das wahr oder nicht wahr; mir gedacht, vielleicht ist das eine Laune der Grossen, man will mich etwa in politischer Beziehung beobachten. Oft habe ich alles wieder vergessen, bis nach und nach die Gedanken bei mir sich so gesammelt und angehäuft haben, dass ich mich auf ein und das andere wieder erinnerte; manchmal gebe ich mich diesen Gedanken hin, manchmal reisse ich mich wieder los davon; ich habe nicht im geringsten Beweise, dass das alles wirklich vorgefallen; deshalb frage ich, ist es Dichtung oder Wahrheit; Geisteskrankeit kann es doch nicht sein; ich sehe ja, dass ich zwischen mir und den Anderen unterscheide.“

Ueber den Umfang seines Grössenwahnes hat sich der Kranke nie vollinhaltlich ausgesprochen; wenn er auch einmal erwähnte, er sei vor 2—3 Jahren in den Adelsstand mit dem Prädicate „von Horn“ erhoben worden, so entsprach dies lange nicht der weitausholenden, detaillirt ausgearbeiteten Wahnfabel, wie sie aus dem folgenden, vom Patienten selbst verfassten Schreiben hervorleuchtet, das ich in seiner Vollständigkeit mittheilen will:

„Ich wurde im Jahre 57 zu Schönbrunn geboren; mein Vater — ein Nachkomme König David's (urkundlich nachgewiesen) — starb in hohem Alter in einer Stadt Ungarns; in seinen letzten Tagen lebte er vom Ertrage des Schusterhandwerkes. Er hinterliess drei Söhne: Franz Josef, Carl Ludwig und mich; meine Mutter ist die Kaiserin. Nach meiner Geburt wurde ich beseitigt und dem Bruder meines Vaters zur Pflege übergeben; meine Pflegemutter, respective meine Tante, wurde damals zufällig von einem todten Kinde entbunden; dieses wurde bei Seite geschafft und ich

an dessen Stelle gelegt. Von nun an galt ich als das Kind meiner Pflegemutter und wurde auch als solches behandelt; ich selbst glaubte dasselbe.

Bis zu meinem 11. Jahre lebte ich froh und vergnügt wie eben ein Kind. (Ich muss bemerken, dass in der Matrikel des Ortes, in welchem ich aufgewachsen bin, mein Geburtsjahr gefälscht und nicht 1857, sondern 1852 eingetragen wurde, um jede Spur zu verwischen; ich war daher nicht 11 Jahre alt, wie ich eben bemerkte, sondern erst 6 Jahre.)

Im Jahre 1863 wurde ich — um zu studiren — nach Prag gegeben; ich wohnte bei meinem Milchbruder, unter dessen Aufsicht ich stand; die ersten paar Wochen ging alles recht gut und ich hätte weiter ruhig leben können, wenn mein Milchbruder mein Freund geblieben wäre; doch es sollte anders kommen.

Kurz nach meiner Ankunft in Prag wurde ich in die Gesellschaft eingeführt; mein Milchbruder konnte es nicht verwinden, dass seine Mutter blos meine Amme war und schwur mir deshalb Rache; er führte diesen Schwur auch aus. Als Kämpfer für die Gleichheit in der Gesellschaft trat er auf und verfeindete mich mit derselben. Von diesem Momente an war ich in Prag unmöglich; ich hatte sehr viel mit Hunger und Noth zu kämpfen, ich musste oft harte Arbeiten verrichten und bekam schlecht und wenig zu essen.

Dies ging fort bis zum Jahre 1869. Im Juni d. J. trat ich die Reise nach Wien an. Da ich nicht viel Geld hatte, wanderte ich zu Fuss; ich jauchzte auf, als ich Prag hinter mir hatte; ich fühlte mich frei wie der Vogel in der Luft und das that wohl. Am 21. Juni 1869 langte ich in Wien an; mit Hilfe von Verwandten meiner Pflegemutter erhielt ich eine Stelle in einem hiesigen Geschäfte, welche mich vor dem Verhungern schützte, doch zu leben hatte ich nicht genug; auch hier hatte ich mit Noth und Elend zu kämpfen, doch ich war wenigstens scheinbar frei und das machte mir meine Lage erträglicher.

Ein sehr wichtiger Umstand ist mir entgangen und ich muss daher zurückgreifen. Im Jahre 1866 kam Se. Majestät der Kaiser nach Prag. Bei einer Feierlichkeit auf dem Altstädter Ring sah ich ihn zum ersten Male; mein Herz schlug ihm sofort entgegen, unter einer Menschenmenge von einigen tausend Köpfen war ich so glücklich, von meinem Bruder bemerkt zu werden; ich ass Birnen, von welchen ich eine volle Tasche hatte; in einem Anfalle von Uebermuth warf ich meinem Bruder eine zu, welcher that als ob er sie gefangen hätte und aufessen würde; ich war mir meiner Gefühle nicht bewusst und hielt alles für Zufall; nach kurzer Zeit vergass ich ganz darauf, denn ich war bereits damals in Folge eines mir im Jahre 1863 beigebrachten Tränkleins krank, eine Folge meiner Krankheit in den späteren Jahren.

Ich war noch nicht lange in Wien, so wurde ich vom Erzherzog Josef bemerkt und, wenn ich nicht irre, auch einigemale angesprochen. Sehr deutlich jedoch erinnere ich mich an die erste Begegnung mit meiner Mutter. Es war an einem Sonntag Nachmittag im Prater; Erzherzog Josef und Erzherzog Albrecht fuhren in einem Wagen; ersterer hielt an der Stelle, wo ich stand, an und liess sich wie von ungefähr mit mir in ein Gespräch ein; plötzlich kommt der Wagen Ihrer Majestät der Kaiserin angefahren; ich hatte noch nie denselben gesehen, wusste daher auch nicht, wer die Dame im Fond desselben sein konnte. Als ich dieselbe jedoch erblickte, schrie ich laut auf und rief: meine Mutter, meine Mutter, während meine Mutter mir „mein Kind" zurief. Ich war damals so glücklich, mit meiner Mutter einige Worte zu sprechen; sie verabschiedete sich bald von mir und was dann mit mir geschah, weiss ich nicht mehr.

So wie an alles, habe ich auch daran vergessen; mein Gedächtniss wird überhaupt erst jetzt ein besseres und wenn ich heute manchen Moment nicht klar bin, ob alles was ich hier verzeichnet habe, Dichtung oder Wahrheit ist, so ist dies nur eine Folge meiner bekannten Krankheit; die übermenschlichen Leiden, welche ich überdies zu erdulden hatte und die Schwindeleien, welche mit meiner Person verübt wurden, haben meinen Geist geschwächt; ich bin jedoch überzeugt, dass ärztliche Kunst alles wieder in's Geleise bringen und ich mich noch meiner Gesundheit erfreuen werde.

Mein Leben in Wien wurde mit jedem Tage ein traurigeres, wenn ich auch in den späteren Jahren weniger mit Nahrungssorgen zu kämpfen hatte, so hatte ich andere Kämpfe zu bestehen; geheime Kräfte, welche seit meiner Geburt ihr Spiel mit mir trieben, begannen mit verstärkter Macht ihre Werke; ich kämpfte so gut ich konnte, doch endlich lag ich krank an Körper und Geist, an Leib und Seele, wie ich jetzt bin: doch hoffe ich noch immer auf Erlösung."

Der Kranke bot während seines kurzen Aufenthaltes das Bild eines mehr mit sich beschäftigten, seine Umgebung mit einigem Misstrauen betrachtenden Mannes; namentlich die Besorgniss, durch Aeusserung seiner Wahnvorstellungen als geisteskrank zu erscheinen und längere Zeit zurückgehalten zu werden, liess ihn Manches absichtlich verschweigen, so dass er erst, nachdem er seiner Entlassung versichert war, sich herbeiliess, das an dem Vorgange seiner Verwundung haftende Dunkel zu klären.

Hallucinationen des Inhaltes, er solle sich eine Verwundung beibringen, die seine Aufnahme in's Spital nothwendig mache, dann werde er von seiner Krankheit geheilt werden, hätten ihn seit 6 Monaten fortwährend beschäftigt, ohne dass er einmal hätte den Muth fassen können, von dem eigens hiezu angeschafften Revolver entsprechenden Gebrauch zu machen.

Wenn auch, besonders mit Rücksicht auf die Stelle der Verwundung, der bezeichnete Gedankengang nicht vollkommen entspricht, unterliegt es doch keinem Zweifel, dass krankhafte Einflüsse, die mit der vorgeführten Geistesstörung im Zusammenhange stehen, wohl insbesondere ein zu einem hohen Grade gediehener Verfolgungswahn, den Kranken zum Selbstmordversuche führten.

Aus dem Vereine.

Protokoll der Sitzung vom 30. Jänner 1878.

Der Vorsitzende, Herr Regierungsrath Prof. Meynert, widmet den vor Kurzem verstorbenen Fachkollegen Dr. Roller, Director Hofr. Zeller und Dr. Haller einen warmen Nachruf, deren Verdienste auf psychiatrischem Gebiete betonend. Die Anwesenden geben durch Erheben von den Sitzen ihrem Bedauern Ausdruck.

Programmgemäss folgte hierauf die Mittheilung des Herrn Dr. Holländer zur Auffassung und Beurtheilung der Frage des sogenannten moralischen Irreseins.

Dieselbe verdanke ihre Entstehung jenen Fällen, in welchen weder durch die äusseren Umstände, noch durch einen krankhaften Geisteszustand motivirbare Handlungen vollführt werden. Schon Pinel behauptete, dass man eine gewisse Kategorie von Kranken vorfindet, bei welchen ein irrer Zustand blos in den „moralischen" Fähigkeiten (facultés affectives) vorhanden ist. Dr. Prichard beschrieb diese Fälle unter dem Namen „moral insanity". — Man ging von der Vorstellung aus, als hätten die ethischen Eigenschaften ein besonderes Organ für ihre Entstehung; Erkrankung und Schwäche desselben bedinge das moralische Irresein.

Der Vortragende berichtet im Anschlusse hieran über einen von ihm beobachteten, einschlägigen Fall bei einem 20jährigen Praktikanten, welcher die Zeichen jener Kranken zeigt, die Morel in die dritte Classe seiner „folie héréditaire" einreiht, — hochgradige psychische Beschränktheit — dabei einseitige Talente z. B. Gedächtniss für, allerdings meist obscöne Lieder.— Körper hoch aufgeschossen, Schädel brachycephal, horizontaler Umfang 500 Mm., neuropathische Veranlagung, in der Kindheit Convulsionen; die Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten unsicher. Von der frühesten Jugend waren bei ihm Bethätigungen vorhanden, welche der ganzen Umgebung auffielen; er verklagte seine Mitschüler, um sich an den Strafen zu weiden; besuchte Leichenbegängnisse, um die Leute weinen zu sehen. — Man sah in all' dem nur die boshaften Streiche eines verdorbenen Gemüthes. Die mangelhaften Fortschritte in der Schule (er konnte sich die für ein Gewerbe nothwendigen Kenntnisse nach 12jährigem Schulbesuch nicht aneignen) brachte

man nicht auf Rechnung seiner gering entwickelten Intelligenz, sondern glaubte sie, gestützt auf die Beobachtung einseitiger Talente, auf stumpfe Willenslosigkeit zurückführen zu müssen. Die Diebstähle, Betrügereien glaubte man in Folge der krankhaften Triebe entstanden. So kam es, dass der Kranke mit moral insanity behaftet angesehen wurde, weil man die psychische Grundlage aller jener Erscheinungsgruppen, den Blödsinn, zur Erklärung derselben nicht entsprechend heranzog.

Nach einer hieran sich knüpfenden kurzen Debatte, an der sich die Herren Dr. Ruben, Prof. Meynert unter Hinweis auf ähnliche Fälle betheiligten, macht Herr Dr. Fritsch Mittheilungen über einen auf der Klinik des Herrn Prof. Meynert beobachteten Fall von Hirntumor, der später in diesem Blatte ausführlich veröffentlicht wird.

Dr. Fritsch, Secretär.

Correspondenz.

Herrn Director Dr. S. in Ofen: Pränumeration erhalten. Achtungsvollen Gruss.

Erratum. Auf pag. 141 der Doppelnummer 11 und 12 1877 lies letzte Zeile Winnenthal statt Wernegg.

Pränumerations-Einladung.

Mit dieser Nummer beginnt der Jahrgang 1878. Derselbe wird das psychiatrische Centralblatt, besserer Sammlung des Lesestoffes halber und zur Erleichterung regelmässigen Erscheinens in sechs Nummern von $1^1/_2$—2 Bogen bringen, und bestrebt sein, unser Programm, diese Zeitschrift zu einem Centralblatte der Interessen des österreichischen Irrenwesens in wissenschaftlicher, administrativer und rechtlicher Beziehung, und der Bestrebungen und Arbeiten der österreichischen Irrenärzte zu entwickeln, immer vollständiger zur Geltung zu bringen. Wir laden daher alle Fachcollegen, alle administrativen und gerichtlichen Amtsärzte, sowie alle Aerzte überhaupt, welche für die im praktischen Leben zur immer grösseren Bedeutung vordringende Psychiatrie Interesse haben, ein, dem Abonnentenkreise des Blattes, dem einzigen österreichischen für Psychiatrie, beizutreten.

Wir bitten auch die heimischen Fachcollegen, so wie andere Aerzte, uns durch wissenschaftliche Beiträge und fachliche Mittheilungen freundlichst zu unterstützen.

Abonnements-Bedingnisse: Das Blatt kostet jährlich 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Behufs Abonnement wolle man sich entweder an den verantwortlichen Redacteur Dr. Moriz Gauster, IX., Lazarethgasse 14, oder an die Hof- und Universitäts-Buchhandlung Braumüller und Sohn, I., Graben wenden. Inserate nimmt letztere an.

Die Redaction.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

1878. Nr. 2.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. **Moriz Gauster** und Reg.-R. Prof. Dr. **Theodor Meynert.**

Das Blatt erscheint in sechs Nummern zu $1^1/_2$—2 Bogen. Preis des Jahrganges 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl. Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. **Moriz Gauster**, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. **Meynert**, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Dr. Muhr: Patellarsehnenreflexe bei der Dementia paralytica. — Ueber einen Fall von Hirntumor. Mitgetheilt von Dr. J. Fritsch, Assistent der Klinik des Herrn Regier.-R. Prof. Dr. Meynert. — Aus dem Vereine: I. Protokoll der Sitzung vom 27. März 1878. II. Protokoll der Hauptversammlung vom 29. Mai 1878. — Buchschau. — Notizen. — Personalien. — Correspondenz. — An unsere geehrten Abonnenten. — Inserate.

Patellarsehnenreflexe bei der Dementia paralytica.

Von Dr. Muhr, Assistenzarzt an der Irrenanstalt Feldhof bei Graz.

Den Autoren Erb[1]) und Westphal[1]) verdanken wir die Kenntniss der Sehnenreflexe. Stets hat ein hohes wissenschaftliches Interesse diese Phänomene begleitet (vergl. Levinski[2]) etc.). In neuester Zeit ist es Westphal[3]) gelungen, auch denselben eine wichtige praktische Bedeutung abzugewinnen.

Es ist demnach sehr naheliegend, das Verhalten der Sehnenreflexe auch bei der Dementia paralytica zu studiren, indem bei dieser Krankheit das Rückenmark constant in irgend einer Weise verändert gefunden wird. Die Lehre von der Rückenmarks-Erkrankung bei der Dementia paralytica hat ihre hervorragendste Vertretung in Simon[4]), Westphal[5]), Magnan, Rabenau[6]) etc., ferner

[1]) Archiv für Psychiatrie. V. 2.
[2]) Archiv für Psychiatrie. VII. 2.
[3]) Berl. klin. Wochschr. 1878, Nr. 1, „Ueber ein früheres Symptom der Tabes".
[4]) Monographie über Dem. p.
[5]) Archiv für Psychiatrie. I. 1. Ebenso Virchow Archiv Bd. 39 u. 40.
[6]) Archiv für Psychiatrie.

in Magnus Huss, Wilks und Lochkart Clarke bei der Paralyse des chron. Alkokolismus gefunden. — Viele Fälle der Rückenmarks-Erkrankung gleichen dem pathol.-anatom. Befund der essentiellen Kinderlähmung. (Vergl. die Arbeiten von Charcot u. A.) Wir finden eine Körnchenzellen-Myelitis der Vorderhörner mit und ohne Neubildung reichlicher Gefässnetze, ferner gänzliche Erweichung des den Rückenmarkskanal umgebenden Centralgrau oder Sklerose desselben mit oder ohne Sklerose aller Stränge, ferner finden sich sehr häufig Fälle, wie Vulpian und Charcot bei allg. locomotorischer Atasie beschrieben; Fälle von streifenförmiger Sklerose der die Fissura long. post. begrenzenden Felder der Hinterstränge (Goll'schen Stränge) mit oder ohne obige Myelitis, ferner zerstreute isolirte sklerosirte Herde in den Seitensträngen; ganz abgesehen von aufsteigenden Paralysen, denen die specielle Diagnose „dementia tabica" zukommt, wo die Hinterstränge in ihrer ganzen transversalen Ausdehnung sklerosirt gefunden werden.

Die Erscheinung, die uns zunächst interessirt, ist das Kniephänomen von Westphal; Erb nennt es den Patellarsehnenreflex. Westphal lehrt: Bei der Tabes findet sich constant gänzliches Fehlen des Kniephänomens und diese Erscheinung ist eine der allerfrühesten der tabetischen Krankheit. Das Vorhandensein des Kniephänomens deutet darauf hin, dass eine graue Degeneration der Hinterstränge im Lendenmark nicht besteht oder keine graue Degeneration der Hinterstränge in ihrer Länge, jedenfalls nicht bis in den Lendentheil besteht.

Wir haben durch dieses Symptom ein schätzbares Mittel in der Hand, mit dem wir in einem gegebenen Falle, wollen wir eine Dementia paralytica hernehmen, sagen können, hier sind die Hinterstränge des Lendenmarks mitergriffen oder nicht. Ich habe seit einiger Zeit alle mir untergekommenen Paralytiker auf dieses Symptom geprüft und theile das Resultat in der beigegebenen Tabelle mit. Die Tabelle ist auch zu statistischen Vergleichen zu gebrauchen, da die Kranken nicht besonders ausgewählt wurden und nur diejenigen nicht angeführt erscheinen, deren Sehnenreflexe nicht sichergestellt werden konnten. Zur Anstellung des Versuches wurde stets geklopft auf das Lig. patellae (Sehne des M. quadriceps) bei gebeugtem Unterschenkel unter Einhaltung aller bisher bekannt gewordenen Cautelen und Vornahme zahlreicher Controlversuche bei zweifelhaften Fällen und bei Fällen von vollständigem Fehlen. Die Tabelle führt 51 Fälle, darunter 12 Frauen vor. Die einzelnen Formen der Paralyse sind darunter vertreten: a) classische Form 21, b) hypochondrische Form 4, c) progressive Dementia 23, d) sog. secundäre Paralysen 2, e) Bulbärparalyse 1. Eine aufsteigende Paralyse, wie sie als Dementia tabica bekannt ist (nicht zu verwechseln mit der concreten aufsteigenden Paralyse, welche als paralysis ascendens acuta beschrieben wurde), war mir während

der Zeit dieser Untersuchungen nicht zugänglich. Uebrigens ist sie für diese Untersuchungen ohne Interesse, da auf dieselbe ohne Zweifel das Resultat von Westphal über Tabes ausgedehnt werden kann.

In allen Fällen, wo das Kniephänomen fehlt, wäre die Sensibilitätsprüfung der unteren Extremitäten besonders angezeigt, dazu fehlt jedoch bei Paralytikern ein wichtiger Factor: die Perception des Kranken. Die Dementia macht es ganz unmöglich, eine einigermassen zuverlässliche Sensibilitätsprüfung anzustellen. Was die bekannt gewordenen ätiologischen Momente der in die Tabelle einbezogenen Fälle betrifft, so ist hervorzuheben, dass 7 von 51 Fällen der Paralyse beim Alkoholismus chron. angehören und 5 bei luetisch durchseuchten Individuen aufgetreten sind. Wenn in neuerer Zeit von angesehenen Autoren häufig gewünscht wird, die Paralyse des chron. Alkoholismus, sowie die bei luetischer Durchseuchung eines Individuums häufig auftretende eigenartige Paralyse von der Dementia paralytica zu trennen, so glaube ich, dass trotz der klinischen Eigenart der letzteren und den pathol.-anatom. Befunden doch immerhin eine genügende Uebereinstimmung der Hauptsache sowohl klinisch als pathol.-anatom. mit der Dementia paralytica bei beiden sich nachweisen lässt, und dass nur eine engere Hirnsyphilis als solche, ohne alle Dementia paralytica im Leben, geeignet ist, einen selbstständigen Rahmen in der Kenntniss der Gehirnkrankheiten einzunehmen.

Aus der Tabelle, in der ich das Verhalten der Pupillen jedes einzelnen Falles ausgewiesen habe, geht noch die geringere Häufigkeit von Myosis bei weiblichen Paralysen gegenüber der Häufigkeit bei männlichen Paralytikern hervor. Von 39 Männern hatten 11 beiderseitige stabile, stecknadelkopfenge Pupillen, dagegen von 12 nur 1 Weib complete Myosis. In Procenten ausgedrückt: Männer 28%, Frauen 10%, alle fast die dreifache Zahl bei der Dementia paralytica männlicher Personen. Dieser Umstand hat zwar mit den Sehnenreflexen und der Degeneration der Hinterstränge gar nichts zu thun, ich will mir nur erlauben, bei dieser Gelegenheit auf diese Beobachtung aufmerksam zu machen und ergänzend anführen, dass ich 28 weibliche Paralysen in dieser Frage untersucht habe und den gleichen Procentsatz (kaum 10%) für das Vorkommen der Myosis bei weiblicher Paralyse fand. Dieser auffällige Umstand dürfte wohl in der Genesis der Paralyse beider Geschlechter, welche in den ätiologischen Veranlassungen grundlegende Factoren findet, mit gelegen sein.

Schlussfolgerungen aus der Tabelle:

I. Das Kniephänomen ist bei der progressiven Paralyse selbst in vorgeschrittenen Fällen mit bereits paraparetischen Unterextremitäten grossentheils vorhanden.

II. Das Kniephänomen fehlt unter 51 Fällen 6 Mal, also etwa in 12 %. Dieselben sind nicht immer bereits dem Sterben nahe Fälle oder bettlägerige und gelähmte Kranke, sondern Leute, die noch herumgehen und keinen tabetischen Gang haben.

III. Eine Vermuthung auf das Fehlen oder Eintreffen des Kniephänomens kann weder aus dem Verhalten der Pupillen oder anderen klinischen Symptomen noch aus den bekannt gewordenen ätiologischen Momenten gewonnen werden. Das Fehlen des Kniephänomens findet sich bei verschiedenen Paralysen als ganz isolirte Erscheinung.

Ueber das Wesen und die Bedeutung der Sehnenreflexe will ich hier nicht Untersuchungen anstellen. Ich nahm sie als etwas gegebenes hin, wie sie von den Autoren ausgearbeitet wurden und untersuchte die praktische Anwendbarkeit des Phänomens. Insoferne man Auskunft über den Zustand des Rückenmarks wenigstens in einer Hinsicht bekommen kann, sind die Sehnenreflexe für die Kenntniss der Paralyse zunächst von wissenschaftlichem Werth. So viel scheint aus den Untersuchungen von Erb, Westphal, Levinski etc. sicher zu sein, dass das Fehlen derselben jedenfalls auf einen krankhaften Zustand des Rückenmarkes hindeutet. Man wird daher in allen Fällen von Fehlen Grund haben bei der Autopsie das Lendenmark zu untersuchen. — Ob nun das Fehlen der Sehnenreflexe einfach die erloschene Erregbarkeit der Hinterstränge anzeigt oder eine Reflexhemmung im Sinne Goltz, Frensberg, Nothnagel ist, ändert am Werthe der Erscheinung nichts[1]). Auf eine krankhafte Unerregbarkeit scheint eine Beobachtung hinzudeuten, die ich vor kurzem gemacht habe. Ich untersuchte 2 Gesunde, welche das Kniephänomen deutlich geben nach erschöpfenden Debauchen, und fand durch 12 Stunden fehlen. Wenn sich diese Beobachtung bestätigt haben wird, so wird man besonderen Grund haben, bei Untersuchung über Sehnenreflexe vorsichtig zu sein, worauf bereits Westphal (frühes Symptom der Tabes l. c.) hinwies; indem er sich dahin aussprach, dass es immerhin möglich wäre, dass bei einigen Menschen die individuelle Verschiedenheit so weit geht, dass das Knie-Unterschenkelphänomen nicht hervorzubringen sei. Er führt dabei einen Fall von einem ganz Gesunden an, der eine kräftige, buckelförmige Quadriceps-Contraction an Stelle der Unterschenkelbewegung zeigte.

[1]) Das Gesetz über Reflexhemmung lautet: Ein Centrum, welches einen bestimmten Reflexact vermittelt, büsst an Erregbarkeit für diesen ein, wenn es gleichzeitig von irgend welchen anderen Nervenbahnen aus, die an jenem Reflexact nicht betheiligt sind (für die Dem. p. Gehirn decapitirten Frosch) in Erregung gesetzt wird.

„In einer Fussnote zu den klinischen Vorträgen über Krankheiten des N. S. von Charcot, deutsche Uebersetzung II. Abtheilung 1878 pag. 314, spricht sich Charcot eigenthümlich reservirt über die Bedeutung der Sehnenreflexe von Erb und Westphal aus. Er citirt Jostroy, dann Schulze und Farbinge als gegentheiliger Anschauung. Ich habe in der vorliegenden Mittheilung das Kniephänomen als eine Thatsache angenommen, so wie sie Erb und Westphal uns mitgetheilt haben und keine Untersuchungen über die Bedeutung und Berechtigung desselben angestellt. Ich glaube, dass das anscheinende Missverständniss der Autoren darin zu suchen ist, dass das epileptoide Zittern bei forcirter Plantarextension oder das Sistiren desselben durch forcirte Plantarflexion ganz distinct ist von den Sehnenreflexen von Erb und Westphal und diese das klinische Symptom aufgefasst wissen wollen und die ganze Differenz der Parteien in der Confundirung zweier wenigstens clinisch ganz disparater Erscheinungen gelegen ist. Die Sehnenreflexe von Erb und Westphal sind eine ganz physiologische Erscheinung und kommen bei Gesunden vor, während das epileptoide Zittern, Spinalepilepsie von Brown Séquard, Vulpian und Charcot eine pathologische Erscheinung ist und einem kranken Rückenmarke angehört. Es mag die Ursache dieses wissenschaftlichen Missverständnisses auch darin liegen, dass einige Autoren beide Erscheinungen, das erwähnte Zittern (Symptom bei Kranken) und die Sehnenreflexe (physiologische Erscheinung) in eine Arbeit zusammengezogen haben."

Nach Schluss dieser Arbeit ist mir das so eben erschienene 2. Heft des VIII. Bandes des Archivs für Psychiatrie zugekommen, worin Westphal: „Zur Diagnose der Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks bei paralytischen Geisteskranken" mittheilt, dass er Fälle, wo vom tabetischen Gang keine Rede war, gewöhnliche Paralytiker mit unsicherem Gang, wo man nicht sagen kann, dass die Gehstörung durch Coordinationsstörung wie bei der Tabes, oder durch wirkliche motorische Schwäche oder durch ein Gemisch beider Erkrankungen bedingt war, oft untersuchte; und in allen Fällen, in welchen das Kniephänomen fehlte, wies die Autopsie auch die Degeneration der Hinterstränge nach.

Man kann daher am lebenden Paralytiker, auch bei dem, der nicht tabetisch ist, bei dem es constant unmöglich ist eine Contraction des Quadriceps durch Klopfen auf die Patellarsehnen hervorzubringen, mit Bestimmtheit die Diagnose stellen, dass er an einer Degeneration der Hinterstränge leidet, die sich auch auf den Lendentheil erstreckt.

Name und Stand	Alter	Form der Paralyse	Dauer	Bekannt gewordene ätiologische Momente	Patellarsehnenreflexe	Gehstörung
	J.		J.			gewöhnl. Art,
Josef K. Schneider	44	progress. Dement. (Mydriasis)	1	Lues möglich	nur Spuren	kann noch herumgehen
Bartholomäus M. Maurer	42	progress. Dement. (Sehnervenerkrankung, Mydriasis)	4	Trauma cap. Typhus	prompt	„
Vincenz M. Taglöhner	42	progress. Dement. (Strabismus)	1/2	unbekannt, soll vor 20 J. angebl. einen Streifschuss erhalten hab.	prompt	„
Martin L. Keuschler	36	klass. Form (keine ap. Anfälle, Othhämatome, stuporöse Stadien, Myosis)	3	unbekannt	fehlt	„
Johann L. Schneider	33	sogenannt. secund. Paralyse, echte Melancholie vorangegangen (epileptiforme Anfälle, keine Pup. Anom.)	1 1/2	Heredität, Trauma	fehlt	kann stehen u. noch etwas gehen, fällt jedoch leicht um
Johann Th. Bahnwächter	43	progress. Dement. (epileptif. Anfälle, keine Pup. Anom.)	1 1/2	unbekannt	sehr schwach	gewöhnl. Art, kann noch herumgehen
Alois L. Vorpuddler	37	klass. Form (epil. Anfälle, keine Pup. Anom.)	1	habit. Potus, strahl. Wärme Lues möglich	prompt	„
Ferdinand K. Revident	44	progress. Dement. (mehr. ap. Anfälle, ungleiche Pupillarweite)	2	Lues möglich	„	„
Kaspar H. Steuerinspector	54	progress. Dement. (keine ap. Anfälle, keine Pup. Anom.)	1	Heredität	r. prompt, l. nur Spuren	„
Josef Sch. Häftling	43	progress. Dement. (rechts Mydriasis)	3	unbekannt	prompt	„
Alois K. Taglöhner	33	progress. Dement. (keine Pup. Anom.)	1	Excesse	„	„
Fanny Schw. Modistin	40	klass. Form (Netzhaut-u. Sehnervenerkrankung, keine ap. Anfälle, dysarthr. Sprachstörung, Mydriasis)	3	Trunksucht des Vaters, habit. Potus	prompt	gewöhnl. Art, kann noch herumgehen
Maria W. Brodverschleisserin	51	progress. Dement. (links Mydriasis)	1	Klimakterium	„	„

Name und Stand	Alter	Form der Paralyse	Dauer	Bekannt gewordene ätiologische Momente	Patellarsehnenreflexe	Gehstörung
	J.		J.			
Maria B. Köchin	32	progr. Dem. (ungleiche Pupillen)	1	habit. Potus	prompt	gewöhnl. Art, kann noch herumgehen
Theresia F. Conducteursgattin	47	klass. Form (Atrophie der Retina, Mydriasis)	3	Trauma. Lues möglich	„	„
Maria L. Keuschlersgattin	47	progr. Dem. (keine Anfälle, keine Pup. Anomalie)	$1^1/_2$	Trunksucht des Vaters, habit. Potus	„	„
Magdalena H. Zimmermannsgattin	33	progr. Dem. (2 ap. Anfälle, keine Pup. Anom.)	1	unbekannt	„	„
Anna Z. Beamtenswitwe	56	klass.Form, jedoch ohne Sprachstör. bis dato (wechselnder Pup. Befund)	2	Heredität, Klimakterium	nur Spuren	„
Maria P. Choristin	35	sogenannte secundäre Paralyse (Pupillen während der ganzen Erkrank. nie gestört gewes.)	4	Lues wahrscheinlich	prompt	„
Juliana St. Ingenieursgattin	29	progr. Dem. (ap. Anfall, ungleiche Pupillen)	3	Trauma? Lues wahrscheinlich	bedeutend vermindert	schlürfend u. im Zickzack, r. Fuss subparetisch
Anna P. Köchin	32	progr.D. (Phthosis geringe Myosis)	1	Heredität, Lues wahrscheinlich	prompt	gewöhnl. Art, kann noch herumgehen
Katharina G. Handarbeiter.	33	progr. Dem. (keine Pup. Anom.)	1	Heredität, Excess. in ven.	bedeutend vermindert	„
Anna U. Schuhmach.-Gattin	47	klass. Form (anfänglich wechselnde Pupillenweite, später Myosis)	2	Heredität	„	„

Ueber einen Fall von Hirntumor.

Mitgetheilt von Dr. J. Fritsch, Assistent an der psychiatr. Klinik des H. Reg.-R. Prof. Meynert.

Eine 20jährige Näherin, vor mehreren Monaten an Iritis specifica mit folgender Keratitis parenchymat. oc. d. ärztlich behandelt, fand am 7. Jänner d. J. wegen heftiger, angeblich seit 18 Tagen bestehender Kopfschmerzen und epileptischer Anfälle Aufnahme auf einer internen Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses. 4 Tage darnach — nachdem wiederholte derartige Anfälle u. zw. allnächtlich beobachtet worden waren — machten angstvolle Aufregungszustände die Transferirung der Kranken auf die psychiatr. Klinik nothwendig.

Die anämische, mit reichlichem Fettpolster versehene Kranke zeigt im Gesichte zahlreiche Blatternarben; am rechten Auge findet sich neben Hornhauttrübung und hinteren Synechien eine beträchtliche Ptosis; beide Abducentes erscheinen ausser Function gesetzt; übrigens die Oculomotorii in geringem Grade insufficient in der Weise, dass die Bewegung des rechten Bulbus nach oben, jene des linken nach unten fast aufgehoben ist; der linke Facialis paretisch; Zungen- und Gaumenmuskulatur zeigen keine Störungen. Der Händedruck beiderseits schwach; der Gang breit, unsicher und schwankend. An dem Thorax und Unterleibsorganen fehlen nennenswerthe Abnormitäten; auch die Function der Sinnesorgane ist frei von erheblichen Störungen. Puls irregulär, 64. Temperatur normal. Sensibilitätsstörungen fehlen. Die Kranke klagt über sehr heftige Kopfschmerzen, Empfindlichkeit bei Percussion der rechten Scheitelgegend; es gibt sich in ihren Angaben ein Grad von Gedächtnissschwäche, eine gewisse Gedankenhemmung kund, ohne dass ihre Intelligenz wesentlich alterirt erschien.

Die gegen das klar vorliegende Grundleiden neben Narcoticis in Anwendung gebrachte Jodkalium-Therapie (in steigender Dosis bis zu 5 Gramm pro die) brachte keine günstige Wendung im weiteren Verlaufe des Leidens; unter heftigen Kopfschmerzen trat allmälige Abnahme des Sehvermögens ein, so dass die Kranke am 21. Jänner nur mehr Finger in mässiger Entfernung mühsam zählen konnte; der Augenspiegelbefund ergab beiderseits diffuse Neuroretinitis. Auch die Gangstörung zeigte eine entsprechende Zunahme. Daneben machen sich innerhalb der psychischen Sphäre auffallendere Veränderungen bemerkbar; die Orientirung über Ort, Dauer ihres Aufenthaltes schwindet.

22. Jänn. Patientin jammert laut, fürchtet eingesperrt zu werden; sehe, dass man sie irgendwohin führen wolle; verstehe nicht, was mit ihr vorgehe; wisse nicht, ob sie verrückt sei oder nicht. Das Sehvermögen nimmt rapid ab, so dass die Kranke eben noch hell und dunkel zu unterscheiden im Stande ist; gleichzeitig damit

traten hallucinatorische Zustände auf, in ihren Grundzügen analog jenen, wie sie dem Alkoholismus eigen sind — ein beständiges hastiges Suchen im Bette nach allerlei kleinen Gegenständen; Aeusserungen: es sei etwas weggeflogen, sie müsse noch etwas Geld haben, Rufe: „mein Geld, mein Geld.“ Nebenher gehen Angstzustände als Folge heftiger Schwindelanfälle, in denen die Kranke aus dem Bette herauszufallen fürchtet.

25. Jänn. Patientin zeigt sich ungemein lebhaft beschäftigt; in freudiger Erregung bewegt sie, im Bette sitzend, wie zum Ausspinnen von Fäden ihre Hände, spricht hiebei von Korallen und Perlen, mit denen sie sich schmücken müsse; mit gewissem Behagen führt sie behende „Backwerk, wie sie es noch nie kennen gelernt“ zum Munde, beleckt gierig ihre Finger, vollführt ganz energische Schluckbewegungen. Mitten in dieser angenehmen Beschäftigung schreit sie (während einer Drehbewegung nach rechts) wiederholt laut auf aus Furcht in's Wasser zu fallen. Auch die folgenden Tage stellen sich derartige Schwindelanfälle „mit Gefahr aus dem Bette zu fallen“ ein; der Kopf ist etwas nach rechts gedreht; bei Gehversuchen besteht deutliche Tendenz nach rückwärts. Hallucinationen vorerwähnten Inhaltes, auf abnorme Körpersensationen basirte Wahnideen, etwas Flüssiges in den Händen zu halten, flüssiges Papier, der Wahn, Jemand brenne ihr die Haare ab, beschäftigen nach wie vor die Kranke. Daneben äussert sie unbestimmten Schmerz, hofft vom lieben Gott Linderung ihres Leidens, fällt auf die Knie, um zur Mutter Gottes zu beten.

28. Jänn. Klagt mitunter über heftige Schmerzen, als ob Nadeln in ihrer Kleidung wären; ist sehr verdriesslich und abwehrend, kaum für ein Gespräch zu gewinnen; sie scheint noch immer mit werthvollen Gegenständen (Ketten, Ringe etc.), die sie vor sich zu haben glaubt, beschäftigt; trotzdem spricht sie von ihrer Armuth: sie sei wirklich so arm, dass sie es Niemandem sagen könne; sei in ihrem Leben nie so arm wie heute gewesen; wie eine Magnatin sei sie hierher gekommen, jetzt habe sie gar nichts; bittet, man möge ihr etwas borgen, da sie augenblicklich fortgehen müsse; es sei ihr wirklich so schlecht, dass sie nicht stehen und gehen könne, sie sei wirklich krank.

29. Jänn. Pat. verspüre ein Brennen am ganzen Körper, als ob sie im Feuer wäre; bei leisem Druck an beliebigen Körperstellen bricht sie in lautes Klagen aus; Berührung der Austrittsstellen der N. supra- und infraorbitalis wird besonders rechterseits sehr schmerzhaft empfunden. Die seit 23. Jänner einer Inunctionscur unterzogene Kranke glaubt bereits besser zu sehen — indess im Widerspruche mit den Resultaten der objectiven Untersuchung.

2. Februar. Pat. äussert in klagendem Tone: „ich möchte schon gerne fertig sein, weil sich die Leute zu viel mit mir plagen; ich bin das nicht werth, weil ich als Mädchen Gott weiss was

alles gethan habe; mich schimpfen die Leute so zusammen; gewiss habe ich es verdient, dass man mir Vorwürfe macht, sonst wäre ich nicht hier.“ Jammert, sie könne nichts dafür, dass man mit ihr so viel Arbeit habe; hier sei sie wohl im Grabe; die Dauer ihres hiesigen Aufenthaltes schätzt sie auf 3 Tage.

3. Febr. Bleibt vollkommen ruhig im Bette liegen, beschuldigt sich, dass sie nicht fromm sein könne; „das bin ich nicht werth, dass man sich wegen meiner so viel plagt, dass so viele Leute sich mit mir beschäftigen; wenn der liebe Gott will, dass ich sterbe, so will ich gerne sterben; ich möchte gerne fromm sein, aber ich kann nicht, weil ich es nicht gelernt habe.“ Ab und zu kommt noch eine Klage über ihr körperliches Befinden, Schmerz im linken Auge, allgemeine Empfindlichkeit, Brennen auf der Brust zum Ausdruck; ihr psychisches Verhalten lässt einen Zug kindlicher Gottergebenheit im Gefühle tiefer Zerknirschung erkennen, der in nachfolgenden (9 Febr.) gethanen Aeusserungen deutlich sich wiederspiegelt: „ich möchte schon gerne sterben; alles ist mir zuwider, ich weiss nicht was ich anfangen soll; ich möchte gerne ein paar gescheidte Worte reden und kann nicht; das ist mir so unangenehm. Wenn ich nur alles wüsste, was ich zu wissen brauchte, sonst plaudere ich einmal das, einmal das zusammen; man hat mir oft zu Hause gesagt, dass ich vor dem Tode werde leiden müssen, ich verlasse mich auf den lieben Herrgott.“ Die Hände zum Gebete gefaltet und unter Thränen bedauert sie, dass sie nicht beten könne; bereut gegen die Leute keck sich benommen, verschiedene wohl nur werthlose Kleinigkeiten sich angeeignet zu haben; bittet, nicht „Fräulein“ angesprochen zu werden, da sie ein ganz einfaches Mädel sei — nicht einmal werth auf der Welt zu sein. Diese traurige, von Selbstanklagen begleitete Verstimmung besteht in gleicher Intensität fort, während eine Reihe schwerer körperlicher Störungen in erheblichem Grade rückgängig wurden; insbesondere erfuhr, nachdem bereits am 6. Febr. die Neuritis mittelst des Augenspiegels als in Abnahme begriffen gefunden wurde — das Sehvermögen der Kranken allmälige Zunahme, so dass dieselbe nach sistirter Inunctionscur am 9. Febr. Bewegungen der Hand in 1 M. Distanz ausnehmen, anfangs März bereits Finger zählen und allein herumgehen konnte; einzelne Paresen traten nur mehr schwach hervor, der N. abducens besonders rechterseits gewann wieder an Kraft; Schwindelerscheinungen auffallenden Grades stellten sich überhaupt nicht mehr ein; dagegen lässt die Kranke noch häufig Klagen über allgemeines Schmerzgefühl, so dass sie sich gar nicht bewegen könne, Brennen und Zucken auf Hals und Brust vernehme. Während Puls und Temperatur nur geringe Schwankungen innerhalb ganz normaler Grenzen zeigten, wurde mit 12. Febr. allmälige Pulsverlangsamung bei im Ganzen niederen Temperaturen (35·6) beobachtet; Patientin gähnt sehr häufig, verfällt nach und nach in einen Grad von Apathie, wobei indes

immer noch ganz deutliche Anklänge an die früher bereits gekennzeichnete Form der psychischen Störungen sich kundgeben.

14. Febr. spricht von einem Feuer, mit dem sie gebrannt werde; müsse aber ruhig liegen bleiben um sterben zu können; man solle mit ihr machen was man wolle.

15. Febr. möchte gern sterben; habe den lieben Gott gebeten, er möge ein Feuer schicken, sie zu verbrennen; wisse was der liebe Gott im Stande sei zu machen; sieht lauter rothes Pulver vor sich, „das Feuer falle von oben herab", auch ihre Hände seien ganz roth. Rothe und grüne Netze seien über einander ausgespannt; alles sei grün aufgezeichnet.

18. Februar bedeutende Pulsverlangsamung, Schlummersucht, häufiges Gähnen; Patientin sieht nur roth und grün vor sich.

Die weitere Beobachtungsfrist liess an der Kranken ein gleichmässig ruhiges, etwas gedrücktes Verhalten bemerken; sie äussert sich wohl geordnet, zusammenhängend; zeitweise kommen Befürchtungen, man werde ihr die Augen herausnehmen, sie verschicken etc. zum Ausdruck; die prononcirte krankhafte Stimmung der vorangegangenen Tage weicht allmälig einer ruhigen, mitunter sogar sehr wechselvollen Stimmung; ihre Gedächtnissleistungen hingegen zeigen noch bedeutende Mängel.

Durch die mit der vorgeschrittenen Besserung im Allgemeinbefinden der Kranken nothwendig gewordene Transferirung (10. März) wurde sie der weiteren Beobachtung entzogen.

Was nun zunächst die diagnostische Seite des vorgeführten Falles anlangt, so kann über die Natur des Leidens als eines exquisit cerebralen kein Zweifel obwalten, sowie auch aus der Reihe der angeführten Symptome, die mehr oder weniger gröbere Störungen ganz bestimmter cerebraler Bezirke repräsentiren, der Charakter der Affection als einer herdartigen unzweideutig hervorgeht. Wenn einerseits durch die für den erwähnten Fall sichergestellte ätiologische Basis die luetische Natur des Leidens sofort erhellt, so muss, was den Charakter dieser luetischen Hirnaffection selbst betrifft, vor allem auf den Verlauf der Krankheit Bezug genommen werden, die nach unwesentlichen Prodromal-Erscheinungen durch epileptische Anfälle eingeleitet wurde, in ihrem weiteren Verlaufe eine Reihe psychischer Störungen bei gleichzeitigem Zutritt von Lähmungen hervorrief; die allmälige, gradweise Zunahme des angeführten Symptomencomplexes bis zu einer durch das eingeleitete therapeutische Verfahren begrenzten Höhe berechtigen vollständig zur Annahme eines auf luetischer Grundlage entstandenen Tumors.

Heben wir aus der geschilderten Symptomenreihe die für eine bis zu einem gewissen Grade verlässliche Localdiagnose verwerthbaren Symptome speciell hervor, so interessiren zunächst die Functionsstörungen einzelner Gehirnnerven, insbesondere das gleichzeitige Ergriffensein der Nv. abducentes und oculomotorii, deren theilweises

Nichtfunctioniren von einem in unmittelbarer Nachbarschaft derselben wirkenden Drucke ganz wohl sich ableiten lässt; fassen wir dabei in's Auge die erheblichen Schwindel-Erscheinungen und Coordinations-Störungen, so weisen diese im Zusammenhalte damit direct auf die Kleinhirngegend hin und würden gleichzeitig die nach klinischer Erfahrung an Affectionen des Kleinhirnschenkels gebundenen hemiplegischen Erscheinungen mit Drehschwindel, Rotirung um die Längsaxe, sich damit in Einklang bringen lassen; immerhin muss auch auf die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit multipler Herde zur Erklärung der epileptischen Krämpfe, wie insbesonders der bedeutenden psychischen Störungen hingewiesen und an Reizung motorischer Centren der Hirnrinde durch gummatöse Neubildungen hiebei gedacht werden.

Eine Erscheinungsgruppe — die psychischen Störungen — bieten, wenn auch nicht so sehr in ihrer Totalität, als vielmehr als solche und in ihrer Aufeinanderfolge ganz beachtenswerthe Seiten und ist es insbesondere das Auftreten hallucinatorischer Zustände, das wegen seiner Seltenheit an sich bei Hirntumoren, und zumal in dieser bestimmten Form, besonders betont werden möge.

Zwar ist die Frage über den Mechanismus des Zustandekommens hallucinatorischer Zustände bis nun keine völlig abgeschlossene und sind speciell die Ansichten über die Art, in welcher die Grosshirnrinde hieran participirt, getheilt. Dass durch Erregung der Endapparate der Sinnesnerven, wie durch abnorme Erregung cerebraler Sinnescentren Hallucinationen zu Stande kommen können, unterliegt eben so wenig einem Zweifel, wie die als Nothwendigkeit sich ergebende Thatsache, dass der vorstellende Apparat der Hirnrinde sich hieran betheiligen müsse. In welchem Sinne die Erregung jener Centren zu deuten und welche Stellung den corticalen Gebieten der Sinnesnerven bei der Deutung jener Zustände nach den heute zu Gebote stehenden wissenschaftlichen Grundlagen eingeräumt werden kann, wurde vor Kurzem durch Meynert in der vorhergehenden Nummer dieses Blattes, S. 18—22, ausführlich erörtert. Es kann, was den vorgeführten Fall betrifft, die Coincidenz der Hallucinationen mit der von einer Unklarheit des Bewusstseins bis zu einem Grade von Sopor zunehmenden Herabsetzung der Hemisphärenleistung — wie sie der vorgenannte Autor für das Zustandekommen jener urgirt — durchaus nicht angezweifelt werden.

Wohl könnte dahingestellt bleiben, inwieweit etwa für das Zustandekommen der geschilderten Gesichtshallucinationen, welche ganz und gar den Charakter jener des Delirium potatorum an sich tragen, abnorme Erregungszustände in der peripheren Ausbreitung des Opticus durch den entzündlichen Process innerhalb derselben verantwortlich zu machen wären, wie man thatsächlich das Entstehungsmoment für die Gesichtshallucinationen der Säufer, in den Blutgefässen der Retina, in Bewegungsverhältnissen der Blutkörper-

chen finden zu können glaubt; allein das eigenthümliche Zusammentreffen der beschriebenen Gesichts- mit unzweifelhaften Geschmackshallucinationen, (die Kranke hatte ohne jeden objectiven äusseren Reiz den Eindruck offenbar süssen Geschmacks) ist der Berechtigung jener Annahme nicht günstig; so dass wir allerdings hier an abnorme Erregungszustände der bezüglichen, für die Geschmackshallucinationen keineswegs noch erwiesenen Centren, etwa durch krankhaft veränderte Ernährungsverhältnisse zu denken haben.

Bezüglich des Charakters der Gesichtshallucinationen speciell will ich noch nebenbei erwähnen, dass auch an einer im Juli 1876, mit Hirnlues auf unsere Klinik aufgenommenen 24jährigen Handarbeiterin, im Verlaufe des Leidens derartige Hallucinationen (Erscheinungen zahlreicher kleiner Thiere u. a. Eichhörnchen etc.) beobachtet wurde, ohne dass ich hieran weitere Consequenzen knüpfen möchte; der Fall kam zur Section, welche neben Zelleninfiltration im Bereiche des Corpus striatum und Nucleus lenticularis luetische Erkrankungen der basalen Hirnarterien ergab.

Die den Krankheitsprocess begleitende Psychose zeigte in einem gewissen Stadium ein exquisit melancholisches Gepräge; bekanntlich können alle möglichen Formen von Geistesstörung als Theilerscheinung schwerer centraler Processe insonderheit der Tumoren vorkommen und bietet der gegenwärtige Fall nach dieser Richtung hin, wenn man von der Seltenheit derartiger Vorkommnisse überhaupt absehen will, nichts Besonderes; nur möge hierbei der nicht unwichtigen Thatsache erwähnt werden, dass die im chechischen Laboratorium des H. Prof. Ludwig vorgenommenen Harnanalysen vom 18. Jänner an — also fast gleichzeitig mit dem Beginn der auffallenden psychischen Störungen — eine ganz beträchtliche, fast auf die Hälfte der früheren Menge herabgesetzte Harnstoffausscheidung ergab.

Aus dem Vereine.

I. Protokoll der Sitzung vom 27. März 1878.

Nachdem der Vorsitzende die erfolgte Austrittserklärung der Herren Dr. J. Weiss und Dr. Světlin, Assistenten an der psych. Klinik des H. Prof. Leidesdorf — aus dem Vereine zur Kenntniss gebracht, gelangen die Resultate der Untersuchung des H. Dr. Muhr „über Patellarsehnenreflexe bei der progressiven Paralyse“ zur Mittheilung; dieselben finden sich an anderer Stelle dieses Blattes ausführlich mitgetheilt.

Hierauf macht H. Dr. Fritsch Mittheilungen zur Casuistik periodischer Geistesstörung. Nach einem kurzen Ueberblick über die gegenwärtig gewonnene theoretische Anschauung, betreffend die pe-

riodische Wiederkehr von Geistesstörungen, berichtet der Vortragende über einen auf der Klinik des H. Prof. Meynert beobachteten diesbezüglichen Fall. Derselbe betrifft einen 43jährigen Dienstboten, die nie erheblich krank war, zur Zeit der erst mit dem 20. Jahre auftretenden Menses viel an Unterleibskrämpfen litt; dieselbe erkrankte zum ersten Mal im November 1860 und wurde im October 1861 geheilt entlassen. Die zweite Erkrankung erfolgte im September 1865, erfuhr — wie die erste — eine kurze Remission im Frühjahr und dauerte bis zum Herbst 1866 an; im September 1873 zum dritten Mal erkrankt mit einer Dauer von $^1/_4$ Jahr; Mai 1877 neuerdings und mit gleicher Dauer, kam sie am 4. März d. J. wiederum zur Aufnahme. Die meist durch psychische Affecte eingeleitete Erkrankung bot jedesmal ein an Hallucinationen ziemlich reiches Bild maniakalisch tobsüchtiger Aufregung; vorwiegend amenomanische Verstimmung, in der neben vorherrschenden Grössenideen auch Verfolgungswahnideen mannigfacher Art geäussert wurden; in der Darstellung machte sich ein Grad von Verworrenheit geltend. Die auch jetzt wieder geheilt entlassene Kranke zeigte in den freien Zeiten durchaus ungetrübte Intelligenz.

Aufgenommen in den Verein als ordentliche Mitglieder wurden Herr Dr. Victor Adler und Herr Dr. Alfred von Laskiewicz.

Dr. Fritsch, Secretär.

II. Protokoll der Hauptversammlung vom 29. Mai 1878:

Vorsitzender: Herr Reg.-R. Prof. Meynert.

Zu Beginn der Sitzung wurde Herr Polizei-Bezirksarzt Dr. Johann Wimmer zum Vereinsmitglied gewählt; hierauf folgte:

1. Vortrag des Herrn Dr. Laskiewicz, Secundararzt an der psychiatrischen Abtheilung des k. k. allgem. Krankenhauses „über psychische Störungen durch Nikotineinwirkung".

2. Mittheilung des Jahresberichtes über die Vereinsthätigkeit im Jahre 1877—78 durch den Secretär:

Mit dem abgelaufenen Jahre schliesst der Verein das erste Decennium seines Bestandes. Es wurden in demselben unter Vorsitz des Präsidenten, Herrn Reg.-R. Prof. Meynert, 5 Sitzungen abgehalten, in denen zumeist Fragen rein wissenschaftlicher Natur zur Besprechung kamen.

Herr Reg.-R. Prof. Meynert hielt zwei Vorträge: „über primäre und secundäre Formen von Psychosen" und „über den Mechanismus des Zustandekommens hallucinatorischer Zustände".

Herr San.-R. Primararzt Dr. Gauster theilt einen Fall von primärer Verrücktheit mit.

Herr Dr. Holländer machte casuistische Mittheilungen über Hebephrenie und das sogenannte moralische Irresein.

Herr Dr. Fritsch berichtete über einen Fall von syphilitischem Hirntumor als Beitrag zur Pathologie der Hirntumoren und theilte zwei Fälle von periodischer Manie mit, nach Beobachtungen auf der Klinik des Herrn Prof. Meynert.

Ausserdem kam eine Abhandlung des Herrn Dr. Muhr „über Patellarsehnenreflexe bei der progressiven Paralyse" zur Erörterung.

Die erwähnten Vorträge wurden zum Theil vollinhaltlich, zum Theil in kurzem Auszuge durch das Vereinsblatt veröffentlicht; ferner bereicherten das Blatt Herr Reg.-R. Prof. Meynert durch einen ausführlichen, mehrere Fortsetzungen umfassenden Aufsatz: „über Fortschritte der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen", Herr Dr. W. Sander durch Mittheilung eines sehr interessanten Falles von Delirium potatorum als casuistischen Beitrag zur Lehre von den Hallucinationen. Die von Herrn Prof. v. Krafft-Ebing unternommene, höchst dankenswerthe Zusammenstellung der Literatur der forensischen Psychologie wurde in diesem Jahre beendigt. Endlich veröffentlichten Herr Dr. Rothe im Vereinsblatte einen Beitrag zur Casuistik des epileptischen Irreseins und Herr Dr. Fritsch casuistische Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit.

Als ordentliche Mitglieder wurden in diesem Jahre gewählt: Herr Dr. Victor Adler, Herr Dr. Alfred Ritter v. Laskiewicz.

Aus dem Vereine traten aus: Herr Prof. Leidesdorf, Herr Dr. J. Weiss, Herr Dr. Světlin.

3. Rechenschaftsbericht pro 1877—78, vorgelegt vom Herrn Oekonomen, Primararzt Dr. Holler:

A. Einnahmen:	Cassarest . . .	113 fl.	56 kr.
	Mitgliederbeiträge	335 „	— „
		448 fl.	56 kr.
B. Ausgaben:	Für das Vereinsblatt:	300 fl.	— kr.
	Sonstige	86 „	04 „
		386 fl.	04 kr.

Es verbleibt somit in der Vereinscasse ein Betrag von 62 fl. 52 kr.
Als Abonnentenbeiträge erliegen ferner . . . . . 21 „ — „
83 fl. 52 kr.

Für Rechnung des Vereinsblattes blieben bei Verwendung dieses Betrages hiefür noch zu bedecken 458 fl. 39 kr., welches Deficit aus früheren Jahren herrührt.

Der Vereinsbeitrag wird in gleicher Weise wie bisher fort-erhoben.

Als Rechnungs-Censoren wurden gewählt Herr Dr. Flechner und Herr Dr. Hinterstoisser.

4. Wahl der Functionäre für das Vereinsjahr 1878—79. Es wurden gewählt: zum Präsidenten: Herr Reg.-R. Prof. Meynert; zum Vice-Präsidenten: Herr San.-R. Primararzt Dr. Gauster; zu Secretären: Herr Dr. Fritsch und Herr Dr. Schlemmer; zum Oekonomen: Herr Primararzt Dr. Holler; zu Verwaltungsräthen die Herren: Ober-San.-R. Prof. Hofmann, Dr. Obersteiner, Dr. Effenberger und Dr. Flechner.

Herr Reg.-R. Prof. Meynert spricht zum Schlusse dem Vereine seinen Dank aus für seine Wiederwahl und gleichzeitig die Hoffnung reger Bethätigung und Förderung der Vereinsinteressen seitens der Mitglieder.

Der angekündigte Vortrag des Herrn San.-R. Gauster wird wegen später Stunde vertagt. Dr. Fritsch, Secretär.

Buchschau.

Lehrbuch der gerichtlichen Psychologie mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland und Frankreich. Von Dr. **R. v. Krafft-Ebing**, Director der steiermärkischen Landes-Irrenanstalt, Professor an der k. k. Universität Graz. Stuttgart, Ferd. Enke. 1875.

OCT 5 1908

Die gerichtliche Psychologie ist in ihrer Entwicklung allgemach einem Boden entrückt, auf dem sie von den juridischen Anschauungen fast mehr beherrscht war, als von den medicinischen Grundlagen. Die Medicin ist freilich schon seit Decennien de lege als competent erklärt auf diesem Gebiete, das ja Kant und so viele andere nur den Philosophen zugewiesen sehen wollten, aber in praxi ist wohl heute noch ein grosser Theil der Richter der Meinung, sie seien competent nicht blos vom juridischen Standpunkte, sondern vom psychologischen aus, einen gegebenen, bezüglich der Zurechnungsfähigkeit zweifelhaften Fall zu beurtheilen, trotz, ja besser als der Mediciner. Das rührt daher, dass man die Psychologie noch immer nicht oder nur in kleinem Kreise als einen Theil der Physiologie auffasst, der sie angehört und als welcher sie auch auf den Universitäten erkannt werden muss. Sie ist kein Lehrgegenstand der sogenannten rein philosophischen Disciplinen, sie ist eine naturwissenschaftliche Disciplin, die Lehre von der normalen Thätigkeit des menschlichen Seelenorgans, ein Theil der allgemeinen Lehre von der normalen Thätigkeit des menschlichen Organismus; ja sie umfasst als vergleichende Psychologie die animalen Organismen überhaupt.

Die Lehre der Freiheit und Unfreiheit hat lange Zeit terroristisch vom religiösen und später vom metaphysischen Standpunkte aus die gerichtliche Psychologie viel mehr beherrscht, beherrscht sie zum Theile noch viel mehr, als der objectiven Forschung und Beurtheilung nützlich ist; denn dieser ziemt es z. B. zu erforschen und kritisch darzuthun, ob eine der Untersuchung wegen Zurechnungsfähigkeit einer That unterzogene Person psychisch krank oder gesund sei oder war; ob die angeschuldigte That in bestimmten Zusammenhang mit der That gebracht werden kann oder nicht, oder ob in jener oder dieser Richtung Uebergangszustände vermuthet werden müssen zwischen Krank- und Gesundsein, und in welcher Art, in welchem Grade, dann in wie weit diese Ueber-

gangszustände auf das Thun des Menschen Einfluss haben. So steht die Frage für den Arzt — der Schluss auf Zurechnung oder nicht ergibt sich dann mit Nothwendigkeit oder Wahrscheinlichkeit von selbst, und ist eigentlich nicht mehr Sache der Naturforscher, sondern der Juristen. Dies zu ermöglichen müssten freilich die Gesetze auch anders lauten, die heute einen rein juridischen Ausspruch dem Arzte ebenso zuschieben, wie in der Gesetzgebung über Körperbeschädigungen den Ausspruch über schwer oder leicht, was doch rein juridische Begriffe sind, in der Art wenigstens, wie sie angewendet werden. Dafür lässt das Gesetz freilich zu, dass der Richter doch sich ein selbstständiges Urtheil bilde, in allerschärfster Weise namentlich in der Frage über Dispositionsfähigkeit.

Die neueren wissenschaftlichen Arbeiten haben die forensische Psychologie immer mehr auf naturwissenschaftlichen Boden gestellt und namentlich die Anthropologie als bedeutende Hilfsdisciplin herbeigezogen. Je mehr die Psychologie überhaupt in physiologischer Forschung bearbeitet und aufgehellt wird, desto mehr wird die rein medicinische Grundlage dieses Gebietes in dem Sinne, wie wir es oben andeuteten, zur Geltung kommen.

Das uns vorliegende Werk eines der fleissigsten Arbeiter und Forscher auf psychiatrischem, namentlich auf forensischem Gebiete steht entschieden auf möglichst vorgeschrittenem Standpunkte, möglichst sagen wir, da so manche Consequenzen gegenüber heutiger Gesetzgebung und Praxis nicht gezogen werden können. Das Buch gibt eine treffliche und klare Darstellung des heutigen Standpunktes der Wissenschaft, ohne die extremen Richtungen zu verfolgen, und die in der Entwicklung der Disciplin sich ergebenden Verbindungsfäden mit den früheren metaphysischen Anschauungen zu ignoriren. Es reiht sich eine reiche Zahl von lehrreichen Fällen an seine Auseinandersetzungen, so dass es, so weit ein Buch kann, die Sätze praktisch illustrirt und demonstrirt, die es lehrt.

Der Verfasser theilt sein Material in drei Hauptabschnitte, die Beziehungen zum Criminalrecht, jene zum Civilrecht und endlich die zum Verwaltungs- und Polizeirecht. Daraus ersieht man schon, dass das ganze Gebiet umfasst wird.

Bezüglich der Willensfreiheit kommt der Verfasser zu dem Satze, die Freiheit des Willens ist nur eine relative; sie ist abhängig von der körperlichen Organisation des Einzelnen und von der Stufe der sittlichen Entwicklung des Staates, dann von dem Mass der Erziehung u. s. w. Dagegen erkennt er eine criminalistische und eine moralische Zurechnungsfähigkeit an, erstere mit der Fähigkeit, die Beschaffenheit, Verhältnisse und Folgen seiner Handlung zu erkennen, und der Möglichkeit, sich für Ausführung und Unterlassung einer That zu entscheiden auf Grund der Ueberzeugung von der Nothwendigkeit und Nützlichkeit einer gesetzlichen und staatlichen Ordnung des menschlichen Zusammenlebens, der Kenntniss der Bedeutung der Gesetze für diesen Zweck, der Folgen ihrer Uebertretung für die eigene Person und Gesellschaft — letztere mit der Fähigkeit, nicht blos aus logischen, von der Intelligenz gelieferten Motiven des Nützlichen und Schädlichen, des Erlaubten und Verbotenen einer Handlung zu begehen oder zu unterlassen, sondern aus Motiven der Sittlichkeit.

Mit diesen Begriffsbestimmungen können wir uns nicht vollständig einverstanden erklären; sie sind auch gegenüber den heutigen juridischen und gegenwärtigen naturwissenschaftlichen Anschauungen über diese Gegenstände sehr schwer prăcis zu stellen. Man sieht beim Studium dieser Frage, wie schwer die heutige Forschung sich mit dem thatsächlich im Leben Geltenden ausgleichen lässt, wenn ein gemischter Stand-

punkt bei ihrer Lösung eingenommen wird, wie freilich unsere heutige Legislative vom Arzte noch fordert.

Die criminalistische Zurechnungsfähigkeit geht in der That weiter, als der geehrte Verfasser sie gelten lässt. Bei dem gesetzlichen Grundsatze, dass Jedermann verpflichtet ist, kundgemachte Gesetze zu kennen, ob ihm die Kenntniss weiter vermittelt wurde oder nicht, ist die Annahme der Kenntniss der Bedeutung der Gesetze so manchmal wohl nur theoretisch; der Staat stützt sich auch gerade auf bestimmte ethische Forderungen, deren Kenntniss er durch religiösen Unterricht oder durch die Schulen, sowie durch die Erziehung vermittelt denkt: du sollst nicht stehlen, tödten u. s. w.; allein selbst wo diese fehlen, bei ganz vernachlässigter Erziehung oder bei direct schlechter Erziehung, findet das Gesetz höchstens Milderungsgründe, aber nicht Unzurechnungsfähigkeit, so lange der Thäter nicht als psychisch krank erkannt ist. Der Mensch muss krank sein, derart, dass er der angeschuldigten Handlung gegenüber durch die krankhaften Vorgänge oder Zustände seines Gehirnes beeinflusst war.

Das zu beurtheilen ist, wie schon oben gesagt, unsere Aufgabe; wir werden bei dieser Beschränkung wissenschaftlich besser fahren. Das Thema der Zurechnungsfähigkeit, sowie der eines grösseren oder geringeren Masses derselben gehört in's Strafgesetz, und was die Mittel zu ihrer Klarlegung betrifft, in die Strafprocessordnung; in die gerichtliche Medicin gehören nur die wissenschaftliche Auseinandersetzung über gedachte krankhafte Vorgänge und Zustände des Gehirns, und ihre Einwirkung auf den Menschen. Heute lässt sich die Besprechung der Begriffe freilich nicht umgehen, von dem Standpunkte relativer Willensfreiheit aber, den der sehr verdiente Autor einnimmt, liesse sich durch Analyse der individuellen organischen Entwicklung eines Individuums zu engerer Umgrenzung der Libertas judicii und consilii kommen. In der weiteren Besprechung engt auch der geehrte Verfasser ganz von diesem letzteren Standpunkte aus sie ein und führt im späteren Verlaufe — und das ist ein hervorragendes Verdienst des Buches, das sich nach und nach in der Rückwirkung auf die Untersuchungspraxis geltend machen wird — eingehend aus, wie bei jedem Thäter die individuelle Entwicklung vom anthropologischen Standpunkte in der Untersuchung zu erforschen und über das Vorleben jederzeit eingehende Untersuchungen durch den Erhebungsrichter zu pflegen wären; wie wichtig und wahr, und wie selten beachtet!

Sehr hervorzuheben ist auch die Wärme, mit der Prof. v. Krafft-Ebing für genaue Untersuchung und ausführliche Erhebung durch die Aerzte eintritt, vor metaphysischen Speculationen und einseitigen psychologischen Deductionen und vor zu schnellem Abschlusse des Urtheils warnt. Möchten sich alle Gerichtsärzte seine Worte zur Richtschnur nehmen! Möchten sie auch nie zögern, ehrlich das Unvermögen, einen wissenschaftlich zweifelhaften Fall präcis zu beurtheilen, auszusprechen, und nie aus Sorge, man bezweifle ihr gründliches Wissen, subjective Anschauungen als objectives Urtheil ausgeben!

Die weitere Durchführung des Buches bespricht nun das Alter strafrechtlicher Unreife, die psychischen Entwicklungshemmungen, die Geisteskrankheiten, die psychischen Entartungen, die Nervenkrankheiten mit psychischer Störung, den Alkoholismus chron. und das Delirium tremens, die Simulation und Dissimulation der Seelenstörungen, die lucida Intervalla, die Zustände krankhafter Bewusstlosigkeit, Verbrechen und Vergehen an Geisteskranken, fälschliche Beschuldigung von Seite Geisteskranker, über die Fähigkeit, in psychopathischen Zuständen Zeugniss vor Gericht abzulegen, Versetzung in Geisteskrankheit, Haftfähigkeit mit Bezug auf

psychische Gesundheit, Unterbringung geisteskrank gewordener Sträflinge, Dispositionsfähigkeit, Entmündigungsverfahren, Aufhebung der Curatel, streitige Dispositionsfähigkeit nicht Interdicirter, psychopathische Zustände hinsichtlich Ehefähigkeit und Ehescheidung, Schadenersatzpflicht Geisteskranker, Testirfähigkeit, Irrengesetzgebung.

Aus dieser Aufführung des Inhaltes des Buches wird wohl jeder Leser die Vollständigkeit der Arbeit erkennen; wir wiederholen, dass sie auch in Beziehung auf Darstellung und Behandlung alle Anerkennung verdient. Es ist dieses Werk, das auch die bezüglichen Gesetzesstellen gibt und interpretirt, nicht blos für jeden mit gerichtlichen Functionen betrauten Arzt unumgängliches Bedürfniss, für jeden Irrenarzt von wesentlichem Interesse, sondern für jeden Arzt sehr lesens- und beherzigenswerth, da er dadurch die für sein praktisches Leben unbedingt nothwendigen Kenntnisse in anziehender Weise ergänzen kann. Die Ausstattung ist des Werkes würdig. G.

Notizen.

Die Wiener Landes-Irrenanstalt feiert im Monate Juli 1878 ihr 25jähriges Jubiläum. Sie ist zwar schon im Jahre 1851 und 1852 zur Unterbringung von Kranken benützt worden, aber nur in den Nebengebäuden, welche zu beiden Seiten von der Anstalt sich befinden. Die Gesammtanstalt wurde erst Ende Juli 1853 eröffnet. Der niederösterreichische Landesausschuss veranstaltet über Antrag des Directors Prof. Schlager zu dieser Feier eine Ausstellung von Anstaltsplänen, Ansichten, Materiale zur Einrichtung und Verpflegung Geisteskranker, Arbeiten der Kranken, Lehrmittel für selbe — welche am 14. Juli beginnt und am 28. desselben Monates endet. Die Ausstellung wird in dem neuerrichteten, noch nicht bezogenen Gebäude für unreine Kranke untergebracht und zugleich die neue Isolirabtheilung für gebildete Männer, deren Bau eben in der Vollendung ist, der Besichtigung zugänglich gemacht. An die Ausstellung soll sich eine Lotterie anreihen, deren Gewinne grösstentheils Arbeiten von Kranken, theils Geschenke sind, für welche die Ziehung aber erst am 15. November d. J. stattfindet. Weiter wird in den letzten Tagen am 25., 26. und 27. Juli, eine Versammlung von Irrenärzten veranstaltet, zu der die Direction der Anstalt nachstehende Einladung ergehen lässt.

„Mit Ablauf des Monates Juli 1878 werden es 25 Jahre, dass die Wiener Irrenanstalt officiell eröffnet worden ist.

Der n. ö. Landesausschuss nimmt Anlass, dieses Ereigniss festlich zu begehen und zwar durch Veranstaltung einer Ausstellung in den neu aufgeführten, nun vollendeten Zubauten der Wiener Landes-Irrenanstalt, die vor Allem den Zweck haben soll, einen belehrenden Ueberblick über den Stand der öffentlichen Irrenfürsorge des österreichischen Kaiserstaates zu bieten, und wurden zu diesem Behufe die Landesausschüsse der verschiedenen Kronländer eingeladen, Pläne der betreffenden Landes-Irrenanstalten und sonstige auf das Irrenwesen bezughabende Objecte einzusenden.

Die Landesausschüsse der Mehrzahl der österreichischen Kronländer sind nun dieser Einladung freundlichst nachgekommen, so dass die Ausstellung in der Zeit zwischen dem 14. und 28. Juli 1878 stattfinden wird. Gleichzeitig werden von Seite verschiedener Geschäfts-Unternehmungen, welche sich mit der Anfertigung von auf die Irrenpflege bezughabenden Objecten befassen, solche zur Ausstellung gebracht.

Da von Seite mehrerer auswärtiger und hiesiger Collegen der Wunsch ausgesprochen wurde, dass bei dieser Gelegenheit eine Versammlung von Fachcollegen stattfinde, um verschiedene auf das Irrenwesen Oesterreichs bezughabende Fragen zur Discussion zu bringen, so nimmt die Direction der n. ö. Landes-Irrenanstalt Anlass, Sie geehrter Herr College freundlichst einzuladen, an dieser Versammlung theilzunehmen.

Dieselbe wird am 25., 26. und 27. Juli 1878 in der Wiener Landes-Irrenanstalt abgehalten. Zuschriften ersucht man an die gefertigte Direction zu richten.

Zur Discussion wurden bisher nachstehende Fragen vorgeschlagen:

1. Erfahrungen über die eigene Regie in österreichischen Irrenanstalten.
2. Ueber den gegenwärtigen Stand der Irren-Gesetzgebung in Oesterreich.
3. Ueber Irren-Statistik und Irren-Zählung in Oesterreich.
4. Erfahrungen über freie Behandlung der Irren in österreichischen Anstalten.
5. Ueber das System der Decentralisation der Anstaltsbauten.
6. Ueber die Aufnahme von während der Strafhaft geisteskrank gewordenen Verbrechern in Irrenanstalten.
7. Ueber die Nothwendigkeit psychiatrischer Kenntnisse für den praktischen Arzt und über den dermaligen Stand des klinischen Unterrichtes über Psychiatrie in Oesterreich.
8. Ueber die Bedeutung des landwirthschaftlichen Betriebes in öffentlichen Irrenanstalten für Heilung und Pflege.“ —

Auch das ungarische Ministerium und die kroatische Landesregierung wurden eingeladen, Pläne und Ansichten von Anstalten, sowie Einrichtungs- und Verpflegungsgegenstände einzusenden. Zugesagt haben schon Steiermark, Tirol, Mähren, Oberösterreich, auch von Krain, Kärnthen, Kroatien, Ungarn, Galizien erhofft man die Pläne; während Böhmen die Pläne seiner neuen Anstalt nicht senden kann, da dieselben sich in Paris befinden.

Eine Reihe interessanter Einrichtungsgegenstände dürften zur Ansicht kommen, auch steht eine Sammlung telegraphischer Apparate und Telephone in Aussicht. Das Erträgniss der Ausstellung und Lotterie fällt dem Fonde für Arbeitsmittel der Kranken zu, welcher nach der ersten Ausstellung begründet wurde.

Die auf dem Programme stehenden Fragen sind für das österreichische Irrenwesen überhaupt, sowie für das Anstaltswesen sicher von hervorragendem Interesse. Wollen wir hoffen, dass recht viele Collegen sich an den Verhandlungen betheiligen.

Die neue kroatische Landes-Irrenanstalt wird in Ludnica, anderthalb Stunden von Agram entfernt, erbaut; es führt eine Eisenbahn vorbei. Sie ist auf 200 Kranke berechnet und wird nach dem Pavillonsystem gebaut. Inmitten eines geräumigen Gartens ist ein Längstract mit zwei vorspringenden, rechtwinklig angefügten, kurzen Seitentracten. In der Mitte ist das Administrations-Gebäude, die daranstossenden Theile enthalten im ersten Stock Ruhige, im Erdgeschoss Halbruhige. Rückwärts beiläufig 35 Meter von dem obigen Gebäude liegen die Gebäude für Unreine und noch etwas mehr von diesen letzteren entfernt die Isolir-Abtheilungen; alle diese Gebäude sind durch gedeckte Gänge verbunden, zwischen denen Küche und Maschinenhaus liegt. Ganz rückwärts liegen von einander entfernt die Wirthschaftsgebäude, der Leichenhof und das Epidemiehaus. Die Höhe der Krankenräume beträgt 4 Meter; die ruhigen und halbruhigen Kranken erhalten 20, die unreinen 30, die tobenden

60 Cubikmeter Luftraum in den Zimmern. Die Isolir-Abtheilungen fassen 20 Kranke. Bei den Unruhigen und Unreinen wird Luftheizung, bei den Ruhigen und Halbruhigen ist Localheizung mit Winterventilation eingerichtet. Es ist Feldwirthschaft zur Beschäftigung in Aussicht genommen. Es wurden auch für vermöglichere Kranke Plätze reservirt. Leider scheint noch keine Vereinbarung mit der Militärgrenze gelungen zu sein, so dass die armen Geisteskranken derselben bis immer kein Asyl haben werden. Wer die Unterbringung Geisteskranker in Kroatien kennt, der wird die Dringlichkeit ermessen, dass endlich diesen düsteren Verhältnissen ein Ende gemacht wird, und zwar, wie es scheint, in trefflicher Weise, indem das geschilderte Asyl im Wesentlichen den Grundsätzen moderner Irrenpflege vollständig Rechnung trägt und in seiner baulichen Anlage wahrhaft musterhaft ist. Wir möchten nur für die ruhigen und die unreinen Kranken die Grösse des zugewiesenen Luftraumes bemängeln, 20 Cubikmeter (630 Cubikfuss) sind knapp das hygienische Minimum eines Wohnhauses per Kopf, ja die jüngsten commissionellen Untersuchungen in Frankreich fordern für die Mannschaftszimmer in Casernen als Minimum 21 Cubikmeter. Das Mass genügt höchstens für die arbeitenden, im Freien sich viel bewegenden Kranken; die halbruhigen, die schwereren ruhigen Kranken brauchen mehr reine Luft und sie müssen wohl unter dieselbe Kategorie wie somatische Kranke gereiht werden, für die wenigstens per Kopf 38 Cubikmeter gerechnet werden muss. Die Unreinen brauchen sicher mindestens 38—40 Cubikmeter und dabei wird bei nicht ausgiebiger Ventilation die Luft bald minder gut sein. — Wir sind überzeugt, dass sich in Kurzem der Belegraum als zu klein erweisen wird; da ist übrigens noch Raum vorhanden, isolirte Gebäude zu errichten und so die Decentralisation auch noch weiter auszudehnen. Ein wesentliches Verdienst an dem Zustandekommen hat Landes-Sanitätsrath Dr. Schwarz, der auch mit dem Protomedicus Dr. Schlosser und einem Ingenieur viele Anstalten besucht hat.

Personalien:

Ernennung. Herr Dr. Alfred von Laskiewicz zum Secundararzte der psychiatrischen Beobachtungs-Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. — Herr Dr. Benz zur Vertretung des auf 3 Monate beurlaubten Dr. Svetlin, Assistenten der klinischen Abtheilung der n. ö. Landes-Irrenanstalt in Wien.

Correspondenz. Ein Abonnent: Die von Ihnen benannte Anstalt ist uns und mehreren befragten Collegen von hier und von der Heimat derselben zu wenig bekannt, um ein Urtheil zu geben. In Oesterreich fehlen bis nun die so nothwendigen selbstständigen Anstalten für schwachsinnige Kinder und Idioten. In der n. ö. Landes-Irren-Pflege- und Siechenanstalt zu Klosterneuburg ist eine kleine Idiotenabtheilung.

An unsere geehrten Abonnenten.

Die ausstehenden Nummern folgen nun rasch nacheinander.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

Inserate.

Vorräthig bei

W. Braumüller & Sohn, k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in Wien:

Verlag von **Ferdinand Enke** in Stuttgart.

Hasse, Prof. Dr. K. E., *Krankheiten der Nerven, des Gehirns und Rückenmarks.* Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. gr. 8. 1869. Preis 13 M. 20.

Koch, Director Dr. J. L. A., *vom Bewusstsein in Zuständen sog. Bewusstlosigkeit.* Vortrag, gehalten in der psychiatrischen Sektion der 50. deutschen Naturforscher-Versammlung in München. 8. 1877. Preis 1 M.

Krafft-Ebing, Prof. Dr. R. v., *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie* mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland und Frankreich. gr. 8. 1875. Preis 8 M. 80.

v. **Krafft-Ebing**, *die Melancholie.* Eine klinische Studie. 8. 1874. Preis 1 M. 20.

Leidesdorf, Prof. Dr. M., *Lehrbuch der psychischen Krankheiten.* Zweite umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage. Mit 27 Holzschnitten und 5 Stahlstichen. Preis 6 M. 40.

Ripping, Dr. Rud., Direktor der Rhein. Prov.-Irrenheilanstalt Siegburg, *die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden.* 8. 1877. Preis 3 M. 20.

Rosenthal, Prof. Dr. M., *Klinik der Nervenkrankheiten* nach seinen an der Wiener Universität gehaltenen Vorträgen. Zweite ganz umgearbeitete Auflage seines Handbuches. gr. 8. 1875. Preis 20 M.

Spamer, Dr. Karl, Privat-Docent an der Universität Giessen, *Physiologie der Seele.* Die seelischen Erscheinungen vom Standpunkte der Physiologie und der Entwickelungsgeschichte des Nervensystems aus wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt. 8. 1877. Preis 6 M.

Weiss, Dr. Jacob, *Werth und Bedeutung der Reformbestrebungen* in der Classifikation der Psychosen. 8. 1877. Preis 80 Pf.

Weiss, Dr. J., Assistent an Professor Leidesdorf's Klinik, *die cerebralen Grundzustände der Psychosen.* 8. 1877. Preis 1 M. 60.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften.

Redigirt von

Prof. Dr. **J. Rosenthal** und Prof. Dr. **H. Senator.**

Wöchentlich 1—2 Bogen. gr. 8. Preis des Jahrganges 20 Mark.

Abonnements bei allen Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **F. C. W. Vogel** in Leipzig.

Soeben erschien:

Handbuch der Krankheiten des Rückenmarks.

Von **Professor Dr. W. Erb** in Heidelberg.

3. (Schluss-) Abtheilung.

4 Mark. Der complete Band kostet 19 Mark.

(Aus v. Ziemssen's Handbuch, XI. Band, 2. Hälfte.)

1878. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. Moriz Gauster und Reg.-R. Prof. Dr. Theodor Meynert.

Das Blatt erscheint in sechs Nummern zu $1^1/_2$—2 Bogen. Preis des Jahrganges 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl. Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. Moriz Gauster, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. Meynert, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Ueber die Classification der Geisteskranken. Von Irrenarzt Dr. Tiling in St. Petersburg. — Irrenärztetag in Wien am 25., 26. und 27. Juli 1878. — Correspondenz. — Notizen. — Buchschau. — Inserate.

PROFESSOR

CARL FREIHERR VON ROKITANSKY

†

AM 23. JULI 1878.

Wir bringen im nächsten Blatte einen Aufsatz über die Einflussnahme des Meisters auf die Psychiatrie überhaupt und deren Förderung in Oesterreich insbesondere. D. Red.

Ueber die Classification der Geisteskrankheiten.

Von Dr. V. Tiling, Arzt an der Irrenanstalt Nicolai des Wunderthäters in St. Petersburg.

Die bisherige Classification der Geisteskrankheiten stammt von Esquirol her. Esquirol hatte nach vierzigjährigem aufmerksamem Beobachten von Geisteskranken im Jahre 1838 sein Handbuch beendet. Er unterscheidet in demselben folgende Gruppen: Furor, Melancholia, Dämonomania, Suicidium, Monomania, Mania, Epilepsia, Mania puerperalis, Dementia und Idiotia. — Er selbst betrachtet nicht alle genannten Gruppen als besondere Krankheiten; von manchen hebt er ausdrücklich hervor, dass sie nur Durchgangsstadien sind. In Frankreich hält man sich bis auf den heutigen Tag mit unwesentlichen Aenderungen an diese Eintheilung. In Deutschland änderte man das System mit Griesinger. Griesinger's Lehrbuch erschien im Jahre 1847, nach nur zweijährigem Umgang und Beobachtung von Geisteskranken. Er hatte vor Esquirol erweiterte physiologische Erfahrungen voraus; trotzdem aber verkünstelte er nur, wie Meynert sagt, die psychiatrischen Krankheitsbilder und beengte die freie Beobachtung der Thatsachen durch die Aufstellung von nur zwei primären Formen, der Melancholie und Manie. Griesinger betonte in der That ganz ungebührlich die augenblickliche Gemüthsstimmung der Kranken als deprimirt oder exaltirt und erhob dies zum Eintheilungsprincip. Bei dieser willkürlichen Eintheilung wurde natürlich Unwesentliches betont und das Wesentliche unberücksichtigt gelassen. Leider ist aber ausserdem lange Zeit hindurch kein Fortschritt zum Besseren zu notiren. Daher kommt es, dass in Deutschland bisher für Statistik noch immer keine andere Eintheilung acceptirt ist. Erst seit einigen Jahren ist in Deutschland diese Frage auf die Tagesordnung gesetzt und es steht zu hoffen, dass sie nicht von derselben verschwinden wird, bevor sie zu einem befriedigenden Resultat geführt hat; da schon mancherlei gute Vorschläge gemacht sind. In Frankreich sind die gleichen Verhandlungen leider noch ohne positive Vorschläge geblieben; aber auch sie geben ein Zeugniss davon, dass die wichtigsten Vertreter der Wissenschaft das Ungenügende des bisherigen Systems anerkennen.

Fast 20 Jahre nach dem ersten Erscheinen von Griesinger's Lehrbuch, im Jahre 1865 erklärte Snell, Director der Anstalt in Hildesheim, auf der Naturforscher-Versammlung zu Hannover (Zeitschrift für Psychiatrie XXII, p. 368) er habe lange sich der herrschenden Schule angeschlossen und wenn ihm gleich die Krankengeschichten keine Bestätigung boten, so tröstete er sich damit, dass unbeachtet eine heimliche Melancholie oder kurz verlaufende Manie vorangegangen sei. Endlich aber sah er bei gespannterer

und selbstständigerer Beobachtung, dass Melancholie und Manie nie in eine rein ausgeprägte Monomanie übergehen. Er demonstrirte darauf an zehn Beispielen, dass es eine Grund-Irrsinnsform gebe, welche man Wahnsinn oder Monomanie nennen könne. Dieses war ein wahrhafter und wichtiger Fortschritt; man brauchte also nicht mehr jeden frischen Geisteskranken hineinzuzwängen in das Schema der Melancholie oder Mania; man hatte nun wenigstens ein drittes Gefäss, in das man den reichen Stoff hineingiessen kann!

Griesinger, der bekanntlich erst zum Schluss seines Lebens zur Psychiatrie zurückkehrte, erklärte in dieser seiner zweiten Periode nun auch, in Uebereinstimmung mit Snell, es gebe eine dritte Grund-Irrsinnsform, die er als primäre Verrücktheit bezeichnet. (Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. I. pag. 143—1867). Er sah diese Form als Mischung seiner beiden früher aufgestellten an; indem Verfolgungs- und Grössenideen zusammen vorkommen, also Exaltation und Depression verbunden. Griesinger konnte sich von diesen Cardinalbedingungen der Geisteskrankheiten nicht mehr losmachen; er hätte richtiger sagen sollen: ohne Exaltation und ohne Depression.

Im Jahre 1868 veröffentlichte Sander (Arch. f. Psychiatrie Bd. I) eine vortreffliche Arbeit über eine Form von primärer Verrücktheit, die er als von Jugend an sich entwickelnde oder originäre bezeichnet. Sie entspricht wohl nur theilweise der von den obigen Autoren aufgestellten Form und ist wenigstens als Variation anzusehen. In der Folge ist nun diese sogenannte primäre Verrücktheit Gegenstand vielfältiger Beschreibungen gewesen, aus denen ich nur Westphal's Vortrag darüber auf der Naturforscher-Versammlung in Hamburg 1876 hervorhebe. (Allgem. Zeitschrift Bd. 34, Hft. 2, 1878.) Westphal knüpft daran an, dass die Verrücktheit sich unter den Krankheitsformen des vom Verein deutscher Irrenärzte angenommenen Zählblättchens nicht finde. Er hält dies für einen Fehler, der offenbar aus einer falschen Auffassung der Verrücktheit resultire, welche man noch immer unter den Begriff der secundären Seelenstörungen subsumire. Westphal unterscheidet eine chronische, sich aus Hypochondrie entwickelnde Verrücktheit, dann eine ganz spontane, ohne Vorläufer mit Wahnideen auftretende, oft ohne Störung des formalen Denkens, drittens eine ganz plötzlich mit heftigen Hallucinationen auftretende; bei dieser ist motorische Unruhe vorhanden, die sich bis zur Tobsucht steigern kann. Viertens endlich nimmt er die von Sander geschilderte originäre Verrücktheit an. Die unter 3 genannte Form hat eine acute Entstehung und oft einen Verlauf, der zur Heilung führt; von den anderen Fällen gibt es einige, die einen periodischen Fortgang nehmen, mit Intervallen. Alle diese Fälle haben das Gemeinsame, dass das Hervorstechendste Intelligenzstörungen sind und die Stimmungen

eine secundäre Rolle spielen, und dass bei ihnen der Uebergang in Schwachsinn nur ausnahmsweise vorkommt.

Diese Schilderung Westphal's bezeichnet unzweifelhaft einen weiteren Fortschritt, der namentlich seine Anerkennung gefunden hat in der wichtigen Arbeit Meynert's: „Ueber Fortschritte der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen" (Psychiatrisches Centralblatt, Wien 1877, Nr. 6 und 7, Nr. 11 und 12). Meynert sagt, dass diese primäre Verrücktheit jetzt neben der allgemeinen progressiven Paralyse das bestcharakterisirte Krankheitsbild darstellt.

An diese Arbeiten reihen sich noch manche andere, die klinisch gut charakterisirte Gruppen der Geisteskrankheiten schildern oder schaffen. Ich erinnere nur an die Arbeiten von Ludwig Mayer über circuläre Geisteskrankheiten (Arch. f. Psychiatrie Bd. IV, Hft. 1 1873); Samt, epileptische Irrsinnsformen (Arch. f. Psychiatrie Bd. V, Hft. 2 1875); Fürstner, über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen (Arch. f. Psychiatr. Bd. V, Hft. 2 1875). Auf den Inhalt derselben soll später eingegangen werden.

Neben diesen schrittweise weiter vorgehenden Reformationen ist nun ein Versuch von Kahlbaum anzuführen, eine ganz neue Classification der Geisteskränkheiten zu begründen. Im ersten Hefte seiner klinischen Abhandlungen über psychische Krankheiten behandelt er die Katatonie, Berlin 1874; vorher aber hatte schon sein Schüler Hecker (Virch. Arch. Bd. 52 1871) die Hebephrenie geschildert. Ueber diese beiden Krankheitsformen, die Katatonie und Hebephrenie liegen monographische Bearbeitungen vor; die übrigen sind nur skizzirt.

Die Katatonie wird folgendermassen geschildert: Schon früh gewöhnlich zeigen sich bei diesen Kranken spastische Zustände, epileptiforme Krämpfe, Wein- und Lachkrämpfe, choreaartige Muskelzusammenziehungen, oder diese Kranken haben schon vor Jahren, in der Kindheit, an solchen Zuständen gelitten.

Der Ausbruch der Krankheit besteht in einem melancholischen Stadium; gewöhnlich sind die Kranken auffallend schweigsam und die kurzen Reden haben etwas Pathetisches, Mysteriöses und Monotones. Der Ideeninhalt ist häufig ein religiöser. Geht der Zustand in einen aufgeregten über, so reden die Kranken viel und laut; auch dabei bemerkt man eine grosse Monotonie in Form und Inhalt, die von stereotypen Gesten begleitet wird; sie zeigen Beharrlichkeit auch in der Bewegung. An dieses Stadium oder auch schon an das erste schliesst sich das der tonischen Spannung der ganzen Musculatur, die bis zur ausgesprochenen Flexibilitas cerea gehen kann. Nun sitzen die Kranken unbeweglich und schweigen vollständig; der Gesichtsausdruck ist erstarrt, die Extremitäten kalt und blau, das Athmen oberflächlich, der Puls beschleunigt und klein, die Verdauung träge. Dieses Stadium geht in terminalen

Blödsinn über oder es folgen noch aufgeregte Zustände oder auch Genesung. Die Kranken sterben meist phthisisch.

Die zweite neu eingeführte Form ist die sogenannte Hebephrenie. Das Specifische derselben ist Folgendes: Um die Zeit der Pubertät, wo ohnehin mit einer Neigung zu schwärmerischem Ernste und überspannten Ideen sich eine specifische Albernheit und Freude an platten Scherzen verbindet, wo also bei grossen Zielen und erhabenen Ideen die erforderliche Reife und Kraft des Geistes fehlen; um diese Zeit bricht diese Krankheit aus und das Charakteristische dieser Periode ist auch das Charakteristische dieser Krankheit, so dass sich das Leiden eigentlich von vorne herein als Schwachsinn äussert. Das erste, das melancholische Stadium zeigt allerdings Niedergeschlagenheit, Beängstigung, Ideen von Beeinträchtigung, allein in blassen Farben; die Traurigkeit und ihre Motivirung ist nicht nur verkehrt, sondern sogar läppisch und durch die Traurigkeit bricht zuweilen eine alberne Heiterkeit hindurch. Früher oder später schliesst sich an dieses Stadium das Aufgeregte, das alle jene Verkehrtheiten in vollster Blüthe zeigt. Die Kranken schwatzen viel, zerstören und verderben Alles, sind zornmüthig und reizbar. So kann es jahrelang fortgehen und eine ausgesprochene Dementia folgt erst nach verhältnissmässig langer Zeit. Die Prognose ist schlecht und einzelne Heilungen sind wohl mehr als Remissionen anzusehen.

Diese beiden Krankheitsformen sind also von Kahlbaum eingeführt und bekunden entschieden einen wesentlichen Fortschritt in der klinischen Beobachtung. Es wird eben das ganze Krankheitsbild vom Beginn bis zum Ausgang erfasst, nicht temporäre und daher unwesentliche Phasen zum Eintheilungsprincip erhoben. Diese Krankheitsgruppen haben noch nicht allgemeine Annahme erfahren, doch fehlt es nicht an Stimmen, die ihre Annahme fordern; wenigstens in Bezug auf die Katatonie führe ich Brosius, Hecker und vor Allen Meynert an. In jedem Falle ist die Katatonie keine häufige Krankheit und tritt daher vor der sogenannten primären Verrücktheit in den Discussionen der Vereine in den Hintergrund.

Die übrigen, blos skizzirten Krankheitsbilder, die Kahlbaum aufgestellt, waren grösstentheils schon früher bekannte; unter ihnen sind aber solche, die unbegreiflicher Weise noch immer nicht als besondere Krankheiten angesehen werden; wenigstens nicht in Deutschland. Dahin gehören die Folie raisonnante oder Moral insanity oder Mania sine delirio, ferner die Folie circulaire. Diese beiden Krankheiten haben ihren ganz charakteristischen Verlauf und gehen fast nie in irgend einen anderen Zustand über. Das Nähere darüber folgt weiter unten. Weiter zählt Kahlbaum die reine Melancholie, ohne Wahnideen auf, die auch ihren Platz verdient, was Verlauf und Prognose betrifft; dann die allgemein bekannte und bestbe-

arbeitete allgemeine, progressive Paralyse. Schliesslich wäre noch hervorzuheben, dass er die Tobsucht als Krankheit verwirft und wie ich glaube, mit vollkommener Berechtigung. Dieser Krankheitsname muss aus der Psychiatrie verschwinden, weil er als Durchgangsstadium allen Psychosen zukommt, mit Ausnahme der reinen Melancholie.

Zu dem oben Mitgetheilten ist nur noch hinzuzufügen, dass auf der Sitzung des Vereines deutscher Irrenärzte in Nürnberg vom Jahre 1877, sich fast alle Versammelten gegen die bestehende Eintheilung aussprachen. Tigges kritisirte Kahlbaum's Katatonie und sprach sich gegen Aufstellung derselben aus; Meynert dagegen acceptirt sie. Für die primäre Verrücktheit als besondere Form entschieden sich Alle; am entschiedensten Meynert, der in seiner Klinik bei weitem die Mehrzahl aller Kranken zu dieser Gruppe rechnet, eine Anschauung, der ich durchaus beipflichten muss.

Viel weniger als in Deutschland ist aus der letzten Zeit von England und Frankreich zu berichten. Mandsley hat die übliche Classification in seinem Handbuch unwesentlich oder kaum geändert; Skae hebt sehr nachdrücklich und treffend die Mängel des bestehenden Systems hervor, setzt aber an die Stelle ein ganz ausserordentlich künstliches von 25 Classen. Er vergleicht mit Recht das alte System dem künstlichen botanischen von Linné, das nun schon lange durch ein natürliches ersetzt ist. In Frankreich hat nur Morel ein ganz neues von 14 Classen aufgestellt, das aber ganz unpraktisch und kaum zu rechtfertigen ist. Es gründet sich nur auf die Aetiologie; nun ist es aber eine allgemeine medicinische Erfahrung, dass verschiedene Ursachen eine und dieselbe Krankheit hervorrufen können. Wir dürfen dabei nicht vergessen, dass wir Frankreich und England einige sehr gut charakterisirte Krankheitsformen verdanken, die Folie circulaire und Folie raisonnante schon von Pinel und Esquirol her bekannt oder Moral insanity Pritschard's. Die erstere ist in Deutschland nur einmal Gegenstand einer Bearbeitung durch Ludwig Meyer geworden; allein eingebürgert als besondere Form ist sie noch nicht; obgleich sich jetzt endlich Stimmen dafür erheben, wo die ganze Classificationsfrage in Fluss gekommen ist (Hitzig, Meynert.)

Um schliesslich von dem gegenwärtigen Stande der Frage in Frankreich ein Bild zu geben, erwähne ich der neuesten Verhandlungen in Betreff dieser, in der Sitzung der Société medico-psychologique in Paris vom 12. Nov. 1877, mitgetheilt in den Annales medico-psychologiques, Série V, Bd. 19, 1878. Falret macht den Vorschlag, jede Eintheilung der Geisteskrankheiten abzuschaffen. Dagegen erhebt sich Dagonet und führt des Längeren aus, dass dies ein Rückschritt wäre, der das Studium der Wissenschaft sehr erschweren würde. Weiter weist er nach, dass gegenwärtig eine anatomische Eintheilung dieser Krankheiten noch verfrüht sei, da die

Ergebnisse der pathologischen Anatomie und Mikroskopie noch durchaus unbefriedigend und unsicher seien. Nachdem er sich noch gegen Griesinger's System gewandt, plaidirt er für Beibehaltung des alten Esquirol'schen. Lasègne erhebt sich gegen eine Classification in Melancholie und Manie und meint, es könnten beide Symptomencomplexe ebensogut eine und dieselbe Krankheit darstellen und Baillarger vertheidigt ihren wesentlichen Gegensatz. Die Verhandlung schliesst, ohne dass ein neuer Vorschlag gemacht wäre.

Fassen wir also das Gesagte nochmals zusammen, so ist soviel klar, dass überall gewichtige Stimmen laut werden, die das Bestehende abschaffen wollen. Westphal z. B. spricht sich in einer Zuschrift an die letzte Versammlung in Nürnberg 1877 so aus: „Was die Krankheitsformen betrifft, so sind die jetzt im Zählblättchen aufgeführten meiner Meinung nach durchaus unbrauchbar. Die secundäre Seelenstörung in der bisher aufgefassten Weise ist nicht haltbar, es fehlt die primäre Verrücktheit; unter Melancholie werden meist die differentesten Dinge subsumirt u. s. w.

Seit 15 Jahren hat der Kampf gegen das Bestehende begonnen, aber man sieht, wie schwer es der Majorität wird, Ideen aufzugeben, in denen sie herangebildet worden. Noch jeder lebende Psychiater hat die Lehre sich eingeprägt, dass die Gemüthsstimmung, ob deprimirt, ob exaltirt, das Massgebende bei der Bestimmung der Krankheitsform sei und dieser Satz stammt offenbar aus der unglücklichen psychologischen Eintheilung des menschlichen Geistes in 3 Theile, in das Empfinden, Wollen und Verstehen, von denen das Erste das fundamentalste ist. Nur Diejenigen werden im Stande sein, fruchtbare Vorschläge zu machen, die sich von diesen Lehren ganz emancipirt haben.

Es scheint aber gegenwärtig immer noch nicht genug betont werden zu können, dass die klinische Methode die einzig richtige ist und dass die Fortschritte in der Psychiatrie in der verschärften klinischen Beobachtung zu suchen seien.

Die grösste Errungenschaft in dieser Disciplin ist bisher unzweifelhaft die Aufstellung und Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse und diese stammt aus einer Zeit, wo die pathologische Anatomie noch kein entscheidendes Wort mitzusprechen hatte, aus dem Jahre 1822.

Es sind, wie wir gesehen haben, viele und brauchbare Vorschläge gemacht worden; ein definitiv anerkanntes System ist aber noch nicht vorhanden. Während dieses Provisoriums ist jeder praktische Psychiater eigentlich genöthigt, sich das Vorhandene zu seinem Gebrauche zu ordnen, d. h. sich ein eigenes System zu schaffen, nach dem er seine Kranken beurtheilt.

Wenn ich darnach die Paralytiker ausscheide, so möchte ich die übrigen Geisteskranken in folgende Gruppen eintheilen:

1. Die reine Melancholie oder wie Kahlbaum sich ausdrückt, Dysthymia, um das vielfach missbrauchte Wort Melancholie zu vermeiden. Diese Kranken leiden bekanntlich an Schlaflosigkeit, schlechter Ernährung, meist Obstipation, Druck und Schwere im Kopfe, Angstgefühl, als wenn ihnen etwas Schweres und Schlimmes bevorstehe; der Puls ist klein und beschleunigt, die Temperatur oft herabgesetzt. Sie fühlen sich geistig unfähig, machen sich Vorwürfe über ihr vergangenes Leben; in jeder ihrer früheren Handlungen finden sie Mängel und jede neue Handlung ist ihnen eine Quelle von Zweifeln und Sorgen. Hat ein solcher Kranker einem anderen nur ein Stück Brod zu reichen, so quält ihn der Zweifel, es könnte nicht das rechte oder es könnte ein Stein gewesen sein. Dabei werden viele von ihnen gepeinigt von Gedanken der schwärzesten oder widerwärtigsten Art, die sie zur Verzweiflung oder zum Wahnsinn treiben; — so sagen die Kranken. Sehr häufig ist natürlich die Folge ein Selbstmord. Uebrigens wissen sie sehr wohl, dass diese Vorstellungen keine Wirklichkeit sind und quälen sich über die bösen und unsittlichen Bilder ihrer Phantasie. Hallucinationen kommen wohl vorübergehend vor; aber ihr Bewusstseinsinhalt ist durch keine Wahnideen dauernd verfälscht, sie beurtheilen sich und ihren Zustand als krank, können sich aber von ihrem Pessimismus nicht losmachen. Die Prognose des Leidens ist gut; die Dauer allerdings oft eine recht lange. Neigung zu Recidiven ist entschieden vorhanden. Diese Form der Geisteskrankheit ist leicht von allen anderen zu unterscheiden; sie geht nicht oder nur höchst selten in eine andere über; ihr Verlauf und Ausgang ist in der überwiegenden Mehrzahl ein günstiger; lauter Momente, die zur Absonderung derselben berechtigen. Dagegen hat sie fast nichts gemein mit denjenigen Erscheinungen, die bisher auch als Melancholien bezeichnet sind, und zwar als Melancholie mit Stupor oder mit Exaltation und Wahnideen. Meiner Ansicht nach kann man alle diese Fälle zur Verrücktheit rechnen; vorbehaltlich einer weiteren Theilung der Verrücktheit in Unterabtheilungen. Wir erleben es immerfort, dass in diesen Fällen die traurige Stimmung einer anderen Platz macht; Tigges (Vortrag auf der Naturforscher-Versammlung zu Nürnberg 1877) will auf Grund der deprimirten Gemüthsstimmung den Unterschied zwischen Melancholie mit Wahnideen und der Verrücktheit als wesentlich aufrecht erhalten. Er führt namentlich dafür an, dass zuerst die traurige Gemüthsstimmung auftrete, und dass zuerst die traurige Gemüthsstimmung im Paroxysmus exacerbire und darnach erst eine stärkere Aeusserung der Wahnideen erfolge. Diesen Eindruck empfängt der Beobachter allerdings oft; allein oft auch einen ganz anderen; nämlich den, dass bestimmte Wahnideen, die das Wohl und Wehe des Individuums nahe angehen, die adäquate Gemüthsstimmung bedingen. Dadurch wird das Fundamentale oder Primäre der Gemüthsver-

stimmung zweifelhaft. Tigges selbst gelangt, indem er seinen Satz an einzelnen Beispielen prüft, bald zu solchen Fällen, die nach dem Vorausgeschickten als Mischformen, als melancholischer Wahnsinn oder wahnsinnige Melancholie bezeichnet werden müssten. Ich meine, es stellt sich meist heraus, dass jene Melancholiker mit der Zeit reine Verrückte werden und die Trennung, die anfangs schon schwierig war, erweist sich später als ganz überflüssig. Ob eine Trennung von Gemüthsverstimmung und Intelligenzstörung zulässig sei in dem Sinne, als wenn eine Complication oder Erkrankung zweier Organe vorliege, diese Frage darf wohl schon heute verneinend beantwortet werden. Der Kliniker wird für seine Zwecke weniger darnach fragen und mehr sein Urtheil davon abhängig machen, welche Phasen solche Kranke weiter durchzumachen pflegen und welchen Ausgang sie in der Mehrzahl nehmen; ob diese Melancholiker darin jenen oben beschriebenen gleichen oder nicht? und darin eben liegt der Haupteinwurf gegen die bisherige Eintheilung.

2. Als zweite Form könnte man die reine Manie hinstellen; Kahlbaum führt auch hier, um Missverständnissen vorzubeugen, einen neuen Namen ein; nämlich Typica. Auch hier wie bei der Melancholie, soll der Begriff Manie sehr eingeschränkt und nur für die Fälle gebraucht werden, die sich leicht und sicher von allen anderen unterscheiden lassen. Es gehören also hierher diejenigen Kranken, die eine gewisse Beweglichkeit und Lebhaftigkeit in der pyschischen und motorischen Sphäre und meist eine gehobene Stimmung darbieten. Sie sind lebhaft, gesprächig, beweglich, aufgelegt zu allerhand Possen und Streichen, Intriguen und Bosheiten. Sie halten sich für vollkommen gesund und können im Gespräch auch kurze Zeit dafür gelten. Freilich nicht alle und nicht zu jeder Zeit. Eine fortgesetzte Beobachtung zeigt ihre untergeordneten und inconsequenten Ideen, die sich namentlich in ihren Handlungen aussprechen und die Kranken oft zum Kreuz und zur Plage jeder Anstalt machen. Physikalisch ist an ihnen nichts Pathologisches nachzuweisen; die vegetativen Functionen gehen mit Energie und lebhaft von statten. Nur der Schlaf ist oft ungenügend, ohne dass die Patienten aber darunter leiden oder darüber klagen. Zufällige Wunden und Verletzungen heilen auffallend rasch, trotz der unzweckmässigen Behandlung, die ihnen die Kranken oft angedeihen lassen. Zu dieser Classe von Kranken gehören offenbar die als Folie raisonnante oder Moral insanity bezeichneten. Sie bilden eine ausserordentliche chronische Variation dieser Form. Eigentliche Hallucinationen und Wahnideen kommen jedenfalls nicht häufig oder dauernd vor. Allein auch viel in die Augen springendere und heftige Phasen machen viele dieser Kranken durch. Ihre Unruhe, ihr rastloser Thätigkeitstrieb und ihr unversiegbarer Redefluss steigern sich bis zur Tobsucht. Dann peroriren sie Tag und Nacht mit

wahrer Stentorstimme, schimpfen, schreien, zerbrechen, zerschlagen, zerreissen Alles; folgt man aber aufmerksam ihren Reden, so findet man darin Nichts, ausser was Bezug hat auf wirklich Erlebtes, Erfahrenes. Der Eine schreit und tobt in seiner Zelle und wenn man ihn nach dem Grunde fragt, so beschwert er sich, man misshandle und schlage ihn; man gebe ihm nichts zu essen und zu trinken; dabei überhäuft er alle Anwesenden mit Schimpfnamen, mischt oft allerhand witzige Vergleiche und Spöttereien hinein, spricht von sich und seinen Verdiensten und Absichten. Natürlich übertreibt und entstellt er die Wirklichkeit; nie aber kommen solche Ungeheuerlichkeiten und Unmöglichkeiten in seinen Reden vor, wie bei aufgeregten Verrückten und Paralytikern. Beruhigt sich der Kranke, so spricht er wieder logisch und zeigt, dass er im Hause und über seine Lage orientirt ist und keineswegs den wirklichen Verhältnissen entrückt. Ein anderer Kranker der Art hält Schimpfreden auf die menschliche Gesellschaft im Allgemeinen, und predigt die Revolution in den ausschweifendsten Reden; allein man findet darin nichts weiter als seine gewöhnlichen Ueberzeugungen, die ohne Ordnung hervorbrechen.

Bei Weitem nicht alle Kranken dieser Classe machen dies extremste Stadium durch. — Die Prognose ist in diesen Fällen abhängig von dem mehr oder weniger acuten Auftreten der Störung. Am chronischesten sind die als Folie raisonnante bezeichneten. Von den übrigen genesen Einige, Andere werden soweit ruhig und besonnen, dass sie in's praktische Leben zurückkehren können; wenn auch auf Ausdauer und Ernst in ihren Leistungen nicht gerade zu rechnen ist. Nach jahrelanger Dauer kann der Zustand auch in Paralyse übergehen. Warum ich die mit Hallucinationen und Wahnideen behafteten, ganz verwirrten Tobsüchtigen nicht mit diesen zusammen werfen möchte, brauche ich nach den Auseinandersetzungen bei der Melancholie kaum ausdrücklich zu sagen. Nur das Schreien und Toben ist beiden gemeinsam; die Analyse des Zustandes ergibt ganz Verschiedenes.

3. An diese beiden Krankheitsformen schliesst sich am natürlichsten als dritte diejenige an, die sich aus den beiden obigen zusammensetzt, nämlich die Folie circulaire. Kahlbaum nennt diese Form Cyclothymia. Sie setzt sich im Allgemeinen also aus zwei, resp. drei Phasen zusammen. Einige Monate, wie mir scheint, meist die Winter- und Frühlingsmonate, bieten die Kranken das Bild der reinen Melancholie dar, wie es unter 1 angedeutet worden und dann folgt (für die Sommer- und Herbstmonate) genau das Bild der unter 2 skizzirten Manie. Zwischen beide Perioden schiebt sich zuweilen noch eine dritte ein, in der die Kranken sich vollständig normal verhalten.

Auch diese Krankheit verläuft, wie die obigen ohne Hallucinationen und Wahnideen und nur ausnahmsweise grenzt das Exal-

tationsstadium an Tobsucht. Ich muss hinzufügen, dass mir bei dieser Krankheitsform ein Uebergang in Schwachsinn nicht vorgekommen ist; vielmehr erscheinen sie in jedem neuen Anfalle wieder erfinderisch, fruchtbar und sogar geistreich; ihr verkehrtes Betragen zu beschönigen und zu erklären, darin sind sie unerschöpflich. Die beiden Phasen erreichen gewöhnlich gar keinen hohen Grad, so dass die Kranken im Hause bleiben und den ferner Stehenden als gesund erscheinen. (Schluss folgt.)

Irrenärztetag in Wien.

Zur Feier des 25jährigen Jubiläums der Wiener Landes-Irrenanstalt wurde auch eine Versammlung von Fachmännern zur Berathung mehrerer das Irrenwesen betreffender Fragen veranstaltet. In der letzten Nummer dieser Blätter wurde die Einladung der Direction obiger Anstalt sammt dem Programme mitgetheilt.

Der niederösterr. Landesausschuss hat in Würdigung der Bedeutung einer solchen Versammlung den niederösterr. Landtagssaal, der zugleich Sitzungssaal des österreichischen Herrenhauses ist, derselben zur Disposition gestellt, und der hochwürdigste Herr Landesmarschall begrüsste selbst im Namen des Landesausschusses dieselbe.

Es hatten sich bei den Sitzungen wechselnd zwischen 35—50 Personen eingefunden; zur Versammlung waren die österreichischen Irrenanstalts-Aerzte, mehrere ausländische, die hiesigen Gerichts- und Bezirksärzte, die Vertreter der Sanitäts-Verwaltung des Ministeriums und der Statthalterei (Referenten, oberster und Landes-Sanitätsrath), Mitglieder des k. k. Direction für administrative Statistik, die Mitglieder des psychiatrischen Vereines u. s. w. eingeladen worden.

Von den Anwesenden heben wir hervor: Ministerialrath und Sanitäts-Referent des Ministeriums des Innern Dr. Schneider, die n. ö. Landesausschüsse Prof. Dr. Schrank und Thomas, die Ober-Sanitätsräthe Prof. Dr. E. Hofmann und Director des k. k. allg. Krankenhauses Dr. J. Hoffmann, Statthaltereirath und niederösterr. Landes-Sanitäts-Referenten Dr. R. v. Karajan, die Sanitätsräthe Dr. Witlaćil und Dr. Oser; als Delegirten des böhm. Landesausschusses Primararzt Dr. Smoler aus Prag und Primararzt Dr. Kutyl aus Kosmanos; von Steiermark Dir. Prof. Dr. v. Krafft-Ebing; die Mitglieder der Direction der administrativen Statistik Regierungsrath Rossiwal, Regierungsrath Schimmer, Rechnungsrath Killiches; aus Ungarn Primararzt Dr. Niedermann; aus Mähren Hausarzt Dr. Scharf, die Landesgerichtsärzte Dr. Haschek, Dr. Ruben, Dr. Hinterstoisser; aus Agram Landes-Sanitätsrath und Regierungs-Secretär Dr. Schwarz und k. Baurath Augustin, Armenarzt Dr. Heim, Polizeibezirksarzt Dr. Wimmer, beide aus Wien,

Director Dr. Hornung und Primararzt Dr. Langwieser aus Ybbs, n.-ö. Landes-Secretär Thomas, Hausarzt Dr. v. Marczell aus Klosterneuburg u. a. ausser den Aerzten der hiesigen Landes-Irrenanstalt und der psychiatrischen Kliniken in selber und im allgemeinen Krankenhause.

Wir bringen nachstehend die Verhandlungen in getreuer Uebersicht.

Erste Sitzung am 25. Juli 1878.

Der Landmarschall von Niederösterreich, der hochwürdigste Herr Abt Helferstorfer begrüsst die Versammlung, indem er sie in die Sitzungsräume des niederösterr. Landtages einführt. Er betont das lebhafte Interesse, welches der hohe niederösterr. Landesausschuss an die Berathungen der Versammlung knüpft. Er gibt der Hoffnung Ausdruck, dass die Association auf geistigem Gebiete in noch höherem Masse als auf materiellem Grosses schaffen und der Irrenpflege, der schönsten Perle in dem Kranze der Wohlthätigkeitsacte, Aufschwung und Förderung bringen werde. Der Landesausschuss hofft, dass durch diese Versammlung die Bahn eröffnet werde zu periodischen Zusammenkünften, deren Ergebniss eine höhere Entwicklung der Psychiatrie sein wird. Er begrüsst die Versammlung im Namen des Landesausschusses und ruft ihr aus vollem Herzen ein hoffnungsvolles „Glückauf“ zu.

Director Prof. Dr. Schlager als Vorstand der Wiener Irrenanstalt sagt dem Landmarschalle, als dem Repräsentanten des Landesausschuss, sowie dem hohen n.-ö. Landesausschusse selbst Dank dafür, dass dieselben die Einberufung unserer Versammlung mit warmer Sympathie begrüssten und aus Achtung vor der Wissenschaft sowohl wie aus eigener Initiative den Wunsch aussprachen, die Verhandlungen auf der Stätte vorzunehmen, wo sonst nur der Vertretungskörper des Landes ihre Verhandlungen führt. Er fordert die Versammlung auf, dem Dank durch Erheben von den Sitzen Ausdruck zu geben. (Geschieht.) Der Herr Landmarschall ladet die Versammlung sich zu constituiren ein, und ersucht Herrn Director Schlager die Constituirung zu leiten.

Auf Vorschlag des Sanitätsrathes Dr. Witlaćil wird Director Prof. Dr. Schlager per Acclamation zum Vorsitzenden erwählt und gebeten, seinerseits zwei Vice-Präsidenten, sowie zwei Schriftführer in Vorschlag zu bringen, eventuell die Acclamation der Versammlung für diese einzuholen.

Director Schlager dankt für die Wahl und schlägt als Vice-Präsidenten die Herren Prof. Dr. v. Krafft-Ebing und Director Dr. Hornung, zu Schriftführern die Dr. Weiss und Linsmayer vor, welche Vorschläge angenommen werden.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit dem Hinweise auf den schweren Verlust, den die wissenschaftliche Welt mit dem

Tode des Hofrathes Prof. Freih. v. Rokitansky getroffen und fordert die Versammlung auf, ihre Trauer durch Erheben von den Sitzen zu bezeugen und sich bei dem am Nachmittage statthabenden Leichenbegängnisse zahlreich einzufinden.

Bevor auf die einzelnen Punkte des Programmes eingegangen wird, fragt der Vorsitzende, ob die erwähnten Punkte genehm und in welcher Reihenfolge dieselben zur Verhandlung kommen sollen. Mit den aufgestellten Fragen erklärt sich die Versammlung einverstanden und überlässt die Bestimmung der Reihenfolge dem Vorsitzenden.

Das die zu verhandelnden Fragen einleitende Referat haben übernommen: für die 1. und 8. Frage v. Krafft-Ebing; für die 2. und 4. Director Prof. Dr. Schlager; für die 3. und 5. Sanitätsrath Dr. Gauster; für die 6. Landesausschuss Dr. Schrank; für die 7. Regierungsrath Prof. Dr. Meynert.

Prof. Dr. v. Krafft-Ebing erhält das Wort zum Referate über die 1. Frage; „Erfahrungen über die eigene Regie in Irrenanstalten."

Der Referent hob zunächst die pecuniären und hygienischen Vortheile der eigenen Regie gegenüber dem Traiteursystem hervor. Die Mehrzahl der heilbaren Kranken sei in ihrer Ernährung und Blutbildung herabgekommen, ihre Rettung von unheilbarem Schwach- und Blödsinn sei grösstentheils eine Ernährungsfrage, die durch Darreichung einer möglichst nahrhaften, proteïnreichen (Hausmanns-) Kost ihrer Lösung näher gebracht werde. Die nur in der Erfüllung sanitärer Aufgaben engagirte eigene Regie sei hier unendlich mehr leistungsfähig, als der persönliche, materielle Interessen vertretende Traiteur. Ueberall im Auslande erfreuen sich die Irrenanstalten eigener Regie zum Vortheil der Fonde wie der Pfleglinge. Sie kommen damit dem Ideal, dass eine Irrenanstalt eine grosse Familie repräsentiren soll, nahe. Die eigene Regie erhöhe bedeutend die Arbeitslast und Verantwortlichkeit des Leiters einer Anstalt, aber sie ist nothwendig zum Gedeihen derselben, und durchführbar unter zweckmässigen Einrichtungen. Als unerlässliche Bedingungen stellt Redner hin: 1. Oberleitung der gesammten Anstalt durch einen Arzt als Director. 2. Anstellung eines Verwalters für Ankauf und Verwaltung aller in der Gesammtregie des Hauses nöthigen Artikel und eines Oekonomen für die Besorgung der Feld-, Stall- und Küchenwirthschaft. Die Oberleitung und Oberaufsicht führt der ärztliche Director. Die Detailgebarung und Controle ist Sache der beiden Unterbeamten. Sie sind innerhalb der ihnen gegebenen Dienstinstructionen selbstständig, verantwortlich, ersatzpflichtig. Sie müssen die Buchhaltung und Waarenkunde, der Oekonom ausserdem Landwirthschaft verstehen. Ihre Stellung muss eine anständige, sorgenfreie sein. 3. Die Geschäftsleitung muss eine vereinfachte sein. Die grösseren

Bedürfnisse der Anstalt müssen im Offertwege und in grossen Lieferungen befriedigt werden. Dadurch wird die Controle vereinfacht, und geniesst die Anstalt die pecuniären Vortheile des Grossconsumenten. Die Direction muss Actionsfreiheit innerhalb des Budgets haben, in Bezug auf Kauf und Verkauf selbstständig sein. Die Rechnungsablage finde monatlich statt. Die Verköstigung geschieht besser nach fest normirten Kostarten als nach magistraler Verschreibungsweise. — Redner referirt sodann über die Erfolge der seit 1874 eingeführten eigenen Regie in der von ihm geleiteten steiermärkischen Landesirrenanstalt bei Graz. Mit der Einführung jener sanken sofort die Kosten eines Kosttages pro Kopf von 52 kr. auf 41 kr., im weiteren Verlauf bis auf 29 kr. Der Jahresdurchschnitt stellte sich auf 32 kr. Die steiermärkische Landesvertretung bezeichnete in der Landtagssession 1876 die Erfolge der eigenen Regie als günstige, insoferne die Gesammtkosten der eigenen Regie gegenüber der früheren sich um 19 kr. pro Kopf und Tag billiger stellten (vergl. Pairhuber, die Landesvertretung in Steiermark. Graz 1878 pag. 335), was einem jährlichen Ersparniss von über 25.000 fl. gleich kommt. Referent erwartet durch Uebernahme der Schlachtung in eigene Regie ein weiteres Herabgehen der Kosten und theilt mit, dass im Hinblick auf die günstigen finanziellen Erfolge der Landesirrenanstalt die eigene Regie auch im Grazer allgemeinen Krankenhause eingeführt wurde und sich glänzend bewährt hat. Auch die Mortalität hat seit Einführung der eigenen Regie in der steiermärk. Irrenanstalt bedeutend abgenommen und ist namentlich Tuberculose selten geworden, Scorbut ganz geschwunden. Klagen über die Kost, die früher an der Tagesordnung waren, sind verschwindend selten und selbst dann in der Regel unbegründet.

An der daran sich knüpfenden Debatte betheiligen sich Director Dr. Hornung, der die Nachtheile der Verpachtung der Verpflegung betont und das System der eigenen Regie empfiehlt. Entgegen von Krafft-Ebing spricht er für die magistrale Ausspeisung, welche eine grössere Freiheit und bessere Accommodation an die Bedürfnisse der Kranken ermöglicht.

Landes-Secretär Thomas richtet an den Referenten die Frage, ob er das vorgeschlagene Verpflegssystem ohne grösseren, zur Anstalt gehörigen Grundbesitz, ohne eigenen Viehstand und in einer Grossstadt wie Wien für ausführbar halte, was Referent mit Hinweis auf den Beginn der eigenen Regie in Feldhof und auf die Verpflegung der Kranken in London und Paris bejaht. In Betreff der Verschreibung der Kost erwähnt Ref. die Uebelstände der magistralen Verschreibung und betont die Vereinfachung der Rechnung und die leichtere Uebersichtlichkeit bei der Ausspeisung nach Portionen.

Sanitätsrath Dr. Gauster legt die von dirigirenden Primararzte Sanitätsrath Dr. Birnbacher in Klagenfurt eingesendeten

Daten, die eigene Regie betreffend, vor, aus welchen ebenfalls nur Vortheile dieses Verpflegungsmodus ersichtlich werden und empfiehlt Redner auch seinerseits das in Rede stehende System. Während in den ersten Halbjahren:

1873: 34·21
1874: 37·12
1875: 34·81
1876: 31·44
1877: 33·89 kr. auf den Kopf und Tag

kommen, betrug im ersten Halbjahre 1878 die Ausgabe 33 kr. bei beeserer und nahrhafterer Kost.

Statthaltereirath von Karajan macht Bedenken gegen die eigene Regie geltend und hält nicht nur die für dieselbe angeführten Ziffernbeweise ohne vorangegangene eingehende Prüfung nicht für vollkommen und entscheidend, sondern hält auch daran, dass es schwierig sein dürfte, den nach allen Seiten geeigneten Mann für die Durchführung der eigenen Regie zu finden und meint, dass die Durchführbarkeit der eigenen Regie einzig und allein davon abhängig sei, dass der richtige Mann für die Ausführung gefunden werde. Der Director einer grossen Anstalt dürfte seiner Meinung nach kaum die Zeit dazu haben.

v. Krafft-Ebing verweist auf seine eigene anfängliche Ungeübtheit und findet die Schwierigkeiten nicht so bedeutend.

Director Dr. Hornung beantragt die Annahme folgender Resolution: Die Versammlung spreche aus, dass die eigene Regie zum Wohle und im Interesse der Kranken wünschenswerth sei.

Dr. Smoler protestirt gegen die Annahme bindender Resolutionen, was nicht in der Competenz wissenschaftlicher Versammlungen liege.

Landes-Secretär Thomas will keine Abstimmung nach so kurzer Debatte.

Regierungsrath Prof. Dr. Meynert erklärt sich gegen das Princip der Ablehnung von Resolutionen und will die Annahme oder Ablehnung der Fassung einer Resolution von Fall zu Fall bestimmt wissen.

Landes-Secretär Thomas will den Antrag Meynert's, — Sanitätsrath Dr. Gauster den Smoler's zur Abstimmung vorschlagen.

Prof. Dr. Leidesdorf meint, dass kein Antrag von Smoler vorliege, was Smoler nicht zugibt, und seinen Antrag wiederholt.

Landes-Secretär Thomas spricht für Fassung von Resolutionen, weil sie den parlamentarischen Ausdruck für Berathungsresultate bilden.

Es sprechen noch für die Fassung von Resolutionen: Meynert, Thomas, Hornung: gegen diese: Leidesdorf, Smoler.

Sanitätsrath Dr. Gauster beantragt Schluss der Debatte, welcher Antrag angenommen wird.

In einer kurzen Debatte wird der Ausdruck „Resolution“ abgelehnt; der Antrag, dass in der Versammlung „Beschlüsse“ angenommen werden können, angenommen.

Regierungsrath Prof. Dr. Meynert bringt folgenden Antrag ein: Die Versammlung wolle erkennen, dass das Verpflegssystem der eigenen Regie das vollkommenste aller Verpflegsarten sei, wenn es in entsprechender Weise durchgeführt wird.

Dieser Antrag wird angenommen.

Der Vorsitzende beantragt in Anbetracht der vorgerückten Stunde und des in den Nachmittagsstunden stattfindenden Leichenbegängnisses des Hofr. Prof. v. Rokitansky Schluss der Sitzung. Wird angenommen.

Der Vorsitzende setzt Punkt 3, 6 und 7 als Berathungsgegenstände auf die morgige Tagesordnung.

Prof. Meynert wünscht Punkt 7 auf übermorgen verschoben zu sehen. Anstatt dieses kommt Punkt 2 auf die Tagesordnung.

Schluss der Sitzung um $^1/_2$1 Uhr Mittags.

Zweite Sitzung am 26. Juli 1878, Beginn $^1/_4$11 Uhr.

Der Vorsitzende Dir. Prof. Dr. Schlager eröffnet die Sitzung, indem er den Ministerialreferenten Prof. Dr. Schneider begrüsst und ihm für sein Erscheinen dankt. Er legt das Protokoll der letzten Sitzung zur Einsicht vor. Er verliest ein von den Aerzten der Anstalt Illenau in Baden eingelaufenes Begrüssungs-Telegramm, ebenso die brieflichen Entschuldigungen des Directors der Anstalt zu Hall in Tirol und der Militärirrenanstalt in Tyrnau wegen verhinderter Theilnahme an den Versammlungen.

L. A. Dr. Schrank erhält das Wort zum Referate: „Ueber die Aufnahme von während der Strafhaft geisteskrank gewordener Verbrecher in Irrenanstalten.“ Ref. gibt eine kurze Darlegung des geschichtlichen Standes der Frage und erwähnt, dass schon bei Uebernahme der Irrenanstalten in die Landesverwaltung die Regierung angegangen wurde, für die Unterbringung von geisteskrank gewordenen Sträflingen zu sorgen; eine ad hoc vorgenommene commissionelle Berathung war bei aller Divergenz einig, dass sie in Irrenanstalten nicht unterzubringen wären.

Die möglichst rasche und entsprechende Unterbringung geisteskrank gewordener Individuen der Verbrecher ist nothwendig, muss aber bei der heutigen Sachlage aus Furcht vor Simulation länger im Strafhause verbleiben, als für die Heilung zulässig ist. Die Unterbringung von geisteskranken Sträflingen in allgem. öffentl. Irren-

anstalten ist schädlich, weil sie dem Wartpersonale einen Aufsichtsmodus aufdringt, der mit dem Charakter einer Heilanstalt unvereinbar ist, weil sie viele Kranke, die sich aus verschiedenen Gründen inhaftirt wähnen, in diesem ihrem Wahne bestärkt, weil sie auch das Publikum in seiner Abneigung gegen die Irrenanstalt bestärkt.

Die Regierung habe trotz Allem die eigene Verpflegung der in Rede stehenden Individuen abgelehnt, weil in Strafanstalten keine entsprechenden Einrichtungen getroffen werden könnten und weil die Länder die Verpflichtung übernommen hätten, die Geisteskranken in Pflege zu nehmen. Ref. meint, dass man beim Baue von Strafanstalten auf geisteskranke Sträflinge hätte Rücksicht nehmen müssen. Er beantragt folgende Beschlussannahme: „Die Versammlung hält es nicht für zuträglich und im Interesse der Humanität liegend, geisteskranke Sträflinge in allgem. öffentl. Anstalten aufzunehmen.“

Leidesdorf unterstützt den Antrag des Referenten, will aber die präcisirte Unterscheidung zwischen solchen, die während der Verhandlung oder nach derselben psychisch erkrankten, resp. will er die Berücksichtigung solcher Fälle, in welchen erst eine spätere Zeit darthut, dass der schon Verurtheilte zur Zeit der incriminirten That geisteskrank war.

Schlager übergibt den Vorsitz an v. Krafft-Ebing und führt aus, dass die gewünschte Unterscheidung schon in dem vom Ref. gebrauchten Ausdrucke „Sträfling“ enthalten sei. Er verweist auf den Widerspruch, der sich bei der freien Behandlung ergibt, wenn solche bes. zu überwachende Elemente in einer Anstalt sich befinden und empfiehlt den Antrag des Ref. zur Annahme.

Dir. Hornung weist auf Fälle von simulirenden Sträflingen hin, die eine Anstalt zu demoralisiren und deren Disciplin zu lockern im Stande sind, doch meint er, dass Individuen, die während der Haft psychisch erkrankten und nach Ablauf der Thatzeit noch immer krank seien, schliesslich doch in Irrenanstalten gebracht werden müssen.

Prim. A. Langwieser meint, der Aufenthalt in einem Strafhause allein sei eine Strafe und könne den Kranken nicht treffen, weshalb der Kranke, welcher Art er auch sei, in die Anstalt gehöre.

v. Krafft-Ebing unterscheidet zwischen Affect- und Gewohnheitsverbrechern und will die Ersteren in Irrenanstalten aufnehmen, um so mehr, als bei diesen die freie Behandlung durchführbar sei, bei Letzteren aber nicht.

Ref. Schrank betont mit Hornung, dass geisteskranke Sträflinge, deren Haft abgelaufen sei, in öff. Anstalten kommen müssen, obwohl sie unbequem seien, für die von Leidesdorf erwähnten

Fälle bestehe das Verfahren der Reassumirung der Verhandlung und ist dann der Kranke eben nur noch ein solcher. Die Unterscheidung von v. Krafft-Ebing mochte er nicht machen und sei dieselbe jedenfalls erst Gegenstand späterer Detailverhandlungen. Meynert unterstützt den Antrag des Ref. und beruft sich auf seine Erfahrung. Der Vorsitzende bringt den Antrag des Ref. zur Abstimmung. Wird einstimmig angenommen.

Es erhält Sanitätsrath Dr. Gauster das Wort zum Referate: „Ueber Irren-Statistik und Irrenzählung in Oesterreich". Sanitätsrath Gauster motivirt die Nothwendigkeit besserer irrenstatistischer Nachweisungen. Die Statistik soll genaue und verlässliche Zahlen zum Studium der einflussnehmenden thatsächlichen Verhältnisse geben, sie soll auch ermöglichen, grosse Zahlen zu gewinnen, um aus ihnen Schlüsse zu ziehen, bei denen die Fehlergrenzen kleiner sind. Die Irrenstatistik theilt sich in eine Anstaltstatistik und in eine Statistik der Irren ausser Anstalten. Die vorgeschriebenen Nachweisungen für Anstalten haben aber wesentliche Nachtheile; sie geben nur die allgemeine Bewegung in Detailzahlen, die sämmtlichen übrigen Beziehungen zeigen den Krankheitsformen gegenüber gestellt Stand, Religion, ätiolog. Momente, Alter u. s. w. beim Gesammtstand der Verpflegten einer Anstalt, so dass jährlich eine grosse Zahl der Kranken in den Zahlen enthalten sind, die in früheren Jahren darin aufgeführt wurden, und eine Benützung mehrerer Jahre zur Gewinnung grosser Zahlen nicht möglich ist; die Verpflegsdauer ist von allen Abgegangenen anzugeben, ob sie in Versorgung kamen, starben, ungebessert die Anstalt verliessen u. s. w.; dies hätte doch nur ganz bescheidenen administrativen, gar keinen wissenschaftlichen Werth. Ein Studium der ätiologischen Momente und des Alters bezüglich der Zuwächse, Heilungszahl u. s. w. sei bei diesen Tabellen nicht möglich.

Hinsichtlich der Kranken, welche sich ausser Irrenanstalten befinden, basiren die staatlichen Nachweisungen auf den Jahresausweisen der Gemeindevorsteher über Geisteskranke und Cretins, welche auch neben Alter u. s. w. die Krankheitsformen angeben sollen. Es wäre dies für hochgebildete Laien nicht möglich, umso weniger für Personen, deren Mehrzahl am Lande knapp, manchmal auch gar nicht lesen und schreiben kann. Würde ja ein Irrenarzt in vielen Fällen nicht bei einmaliger Untersuchung unterscheiden können, welche Krankheitsform vorliegt. Die Nachweisung wird aus dem Kopfe gemacht und ist ganz unverlässlich. Grössere Gemeinwesen, wie z. B. Wien liefern gar keine Nachweisung und sind in dieser Hinsicht wegen der theils wirklich, theils angeblich vorhandenen Schwierigkeiten renitent. Die gegebenen Zahlen sind auch solche, dass von vorhinein deren Unrichtigkeit ersichtlich ist. So ist für Galizien in dem Jahre 1873 ein Kranker auf 2500 Einwohner gezählt, in Böhmen 1 : 1170, in Tirol 1 : 489. In ganz

Oesterreich wäre 1 : 1600 Einwohner, während doch das Verhältniss gewiss nicht geringer ist, als das mittlere Verhältniss in Europa, 1 : 400. Das beste wäre, die Volkszählung zur Erhebung der Geisteskranken zu benützen, wie dies schon zweimal in Preussen geschah, und die Zählblätter-Methode dabei zu verwenden; letztere ergab auch in Preussen ein viel eingehenderes Resultat, als die vorletzte Zählung mittelst Listen. Die genaue Kenntniss der Zahl der Kranken ausser Anstalten ist unbedingt nothwendig aus prophylactischen, wissenschaftlichen und administrativen Gründen und solchen des Rechtsschutzes. Er empfiehlt daher nachstehende Anträge zur Annahme:

1. Die derzeit ämtlich vorgenommenen tabellarischen Jahresausweise der Irrenanstalten bedürfen dringend umfassende Verbesserungen.

2. Zur Feststellung dieser Verbesserungen ist fachmännischer Beirath nothwendig.

3. Die eingebrachten Ausweise sind durch Fachmänner zu revidiren.

4. Die vorgeschriebenen Nachweisungen über ausserhalb von Anstalten befindliche Geisteskranke sind ganz unverlässlich, es wäre daher die Volkszählung dazu zu verwerthen unter Zuhilfenahme von Zählblättern.

v. Krafft-Ebing will den Meldungszwang, der durch ein Gesetz von 1852 in dieser Beziehung ausser Kraft gesetzt ist, wahrscheinlich wegen der prakt. Schwierigkeiten in der Ausführung. Es frage sich auch, wer im gegebenen Falle die Anzeige zu machen haben soll, die Umgebung oder auch der Arzt. Er wünscht eine Klarstellung des Gesetzes nach zwei Gesichtspunkten.

Einerseits in Hinsicht der entsprechenden Behandlung und Ueberwachung und anderseits in Hinsicht des Rechtsschutzes des Kranken.

Regierungsrath Schimmer macht den Ref. auf die Schwierigkeiten der Irrenzählung bei der Volkszählung aufmerksam und hält die Anwendung der Zählblätter bei den verschiedenen Culturgraden der österr.-ungar. Bevölkerung für unmöglich. Uebrigens erwähnt er gegen Ref., dass auch in Deutschland die Zählblättchen nur in sehr geringem Masse zur Anwendung kamen. Wenn es übrigens von der Versammlung für nothwendig befunden werde, dürfte es durchgeführt werden.

Gauster findet die Volkszählung resp. die Irrenzählung durch besondere Agenten immer noch besser als die Zählung durch den Bürgermeister und empfiehlt die Zählblättchen, die bei der letzten Zählung in ganz Preussen benützt wurden, wovon er eben allein gesprochen.

Karajan will die Volkszählung mit als ein Mittel zur Zählung der Irren herbeiziehen und hofft ein gutes Resultat von der

Einführung von Standesbüchern, deren eines in der Gemeinde, ein anderes von der Bezirkshauptmannschaft geführt werde. Auch die Anzeigepflicht ist in gewissem Sinne nöthig; er verweist auf den jetzt schon erzielten guten Gang der Meldung von epidemischen Krankheiten. Es wurde in Nieder-Oesterreich eine Reihe von Massregeln zur Evidenthaltung der Irrsinnigen getroffen.

Gauster macht auf seine vorjährigen Anträge im psychiatrischen Vereine aufmerksam, wo ein ganzes System von Mitteln zur Evidenthaltung der Irren entwickelt ist, auch die Standesbücher gefordert werden. Heute handelt es sich nur um die Grundlagen der Zählung.

Meynert hält eine Anzeige durch den consultirten Arzt für unzulässig und weist dies den Amtsärzten zu. Er spricht sich auch für die Volkszählung aus.

Schimmer betont die Bereitwilligkeit der statistischen Behörden, dem angestrebten Zwecke zu dienen, verspricht sich aber von den Standesbüchern mehr Erfolg. Uebrigens genüge eine Zählung der Irren in 10jährigen Intervallen, wie die Volkszählung gesetzlich vorgeschrieben sei, kaum wegen der wechselnden Zeitverhältnisse, die doch von Einfluss auf die Zahl der Geisteskranken sein müssten.

Regierungsrath Rossival stimmt dem Vorredner bei und betont die grössere Wichtigkeit der Evidenzhaltung der Irren wegen des Rechtsschutzes. In Bezug auf die Tabellen bemerkt er gegen Ref., dass sowohl bei Abfassung, als auch bei Revision derselben Fachmänner, insbesondere der Landes-Sanitätsrath ex offo thätig sein sollen. Er beantragt: „Es sei die Erlassung eines Gesetzes über die Evidenzhaltung der Irren nothwendig, und dieselbe genau anzuwenden.“ Ueber den Modus lasse er sich nicht aus.

v. Karajan betont, dass ein solches Gesetz bestehe, worauf Rossival seinen Antrag dahin modificirt: Es seien die bestehenden Gesetze entsprechend zu handhaben.

v. Krafft-Ebing findet das bestehende Gesetz nicht ausreichend und fordert den Meldungszwang an ein dem Bürgermeister vorgesetztes Organ.

Gauster hält die Ausführung des Gesetzes für unmöglich, so lange die Irrenzählung nicht vollkommener ist und meint, der Antrag Rossival's könne nur als Anhang seines eigenen Antrages betrachtet werden. Durch zweckmässige Massregeln könnten jährlich die Neu-Erkrankten constatirt werden, die späteren Volkszählungen wären dann Controlls-Massregeln.

Dr. Scharf beantragt Schluss der Debatte. Wird angenommen. Der Vorsitzende bringt die Anträge des Referenten zur Abstimmung.

Antrag 1. Wird unverändert angenommen.

Antrag 2. Wird mit einem Zusatze (Irrenärzte) angenommen.

Antrag 3. Wird unverändert angenommen mit obigem Zusatze.

Antrag 4. Wird in zwei Absätze getheilt. Der erste Absatz: „Die vorgeschriebenen Nachweisungen von ausserhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken sind ganz unerlässlich" wird angenommen.

Als zweiter Absatz soll der Antrag Rossival: „Es seien die bestehenden Gesetze entsprechend zu handhaben" zur Abstimmung gebracht werden.

Gauster (zur Abstimmung) glaubt, dass dieser Antrag nur im Zusatz seines Antrages sein könne.

Rossival hält seinen Antrag für einen für sich bestehenden. Der Vorsitzende findet einen prägnanten Unterschied zwischen beiden Anträgen und bringt den Antrag Rossival zur Abstimmung. Derselbe wird angenommen.

Es kommt Gauster's Antrag als Zusatz zur Abstimmung.

Meynert will den ursprünglichen Antrag des Ref. zur Abstimmung bringen.

Der Vorsitzende verweist auf die Weite des Antrages von Rossival uud bringt den Antrag Gauster's als Zusatzantrag in der Weise zur Abstimmung: „Zur Irrenzählung ist die Volkszählung als Mittel heranzuziehen." Der Antrag wird angenommen. Die Verwendung von Zählblättchen wird abgelehnt.

Der Vorsitzende setzt die Punkte 7, 8 und 5 auf die morgige Tagesordnung.

Gauster will den Punkt 2 wegen seiner grösseren Wichtigkeit allen anderen Punkten vorangesetzt sehen.

Leidesdorf will dem Vorsitzenden die Bestimmung der Tagesordnung überlassen. Angenommen.

Schluss der Sitzung $^1/_2$2 Uhr Nachmittags.

Dritte Sitzung vom 27. Juli 1878. Beginn $^1/_4$11 Uhr.

Der Vorsitzende Dir. Schlager ertheilt dem Regierungsrathe Meynert das Wort zum Referate über Punkt 7 des Programmes: „Ueber die Nothwendigkeit psychiatrischer Kenntnisse für den praktischen Arzt und über den dermaligen Stand des klin. Unterrichtes über Psychiatrie in Oesterreich."

Referent betont zuerst die Unorientirtheit der praktischen Aerzte in psychiatrischen Fragen, was mit ein Grund der herrschenden Ueberfüllung der Irrenanstalten sei, weil nicht unterschieden wird zwischen wirklich gemeingefährlichen Irren und solchen, die ohne Gefahr ausserhalb der Anstalt verpflegt werden könnten. Die in letzter Zeit eingeführten Physikatsprüfungen, die als Competenzbedingung amtsärztlicher Stellungen gefordert werden, sind nicht genügend, weil auch in Universitätsstädten, wo Psychiatrie nicht gelehrt wird, die Prüfung gemacht werden kann, weil ein 3monatlicher Besuch einer Irrenanstalt gleichgesetzt ist dem syste-

matisch klinischen Unterrichtsgenuss und weil bei Wahl eines gerichtlich-chirurgischen Falles die Psychiatrie als Prüfungsgegenstand entfalle.

Ref. zählt die österr. Lehrstühle für Psychiatrie auf und findet den nicht alltäglichen Unterricht für nicht genügend und stellt schliesslich folgende Anträge, deren Annahme er empfiehlt.

Die Versammlung erkennt an:

1. Dass die vorhandenen Fachärzte besonders bei ihrer Stellung zu den Anstalten für die Behandlung der Irren ausserhalb der Anstalten unzulänglich sind.

2. Dass unumgänglich die Behandlung der Irren den praktischen Aerzten zufallen müsse, wegen Verhütung des Zuwachses solcher Kranken, die nicht in Anstalten gehören.

3. Dass die forensischen Gutachten der nicht in Psychiatrie gründlich unterrichteten Aerzte durchaus nicht das für das Gemeinwohl entsprechende Urtheil enthalten.

4. Dass der Unterricht in der Psychiatrie aus den erwähnten Gründen allen Aerzten gleich nothwendig sei.

5. Dass die allgemeine und fruchtbare Benützung des Unterrichtes nur durch Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand bei den Rigorosen erreichbar ist.

Leidesdorf unterstützt die eingebrachten Anträge auf's kräftigste, indem er insbesondere darauf hinweist, dass im Beginne der Erkrankung, wo die Hoffnung auf Genesung eine kräftigere und berechtigtere ist, in erster Linie die praktischen Aerzte und nicht die Fachärzte zu Rathe gezogen werden, und diesen daher der wichtigste Theil der Behandlung zufalle. Er hebt hervor, wie schwer man sich zur Heranziehung des psychiatrischen Fachmannes im Publikum entschliesse, und will deshalb eine thunlichst gründliche Ausbildung aller Aerzte auch in der Psychiatrie.

v. Krafft-Ebing findet, dass der klinische Unterricht in Anstalten keine Störung in denselben hervorrufe, doch sind die Anstalten meist von den anderen Kliniken ziemlich entfernt und wünscht er deshalb psychiatrische Kliniken im Anschlusse an die anderen, was auch wegen der sogenannten frischen Fälle, der leichteren Verstimmungszustände, die nur sehr selten in Anstalten gebracht werden, die aber leicht der Klinik zugeführt würden, wünschenswerth sei.

Es folgt hierauf die Abstimmung über die fünf Punkte des Meynert'schen Antrages und werden dieselben angenommen.

Der Vorsitzende fragt, ob die Verhandlung der Punkte 2 und 4 des Programmes genehm sei. Wird bejaht.

Dir. Schlager übergibt den Vorsitz an v. Krafft-Ebing und referirt über die combinirten zwei Punkte: „Ueber den gegenwärtigen Stand der Irrengesetzgebung in Oesterreich"

und über „Erfahrungen über freie Behandlung der Irren in österreichischen Anstalten".

Ausgehend von der Pflicht, die dem Staate aus der Unfähigkeit, ihre eigenen Angelegenheiten zu ordnen und ihre Rechtsinteressen zu wahren, erwächst, für den Rechtsschutz der Geistesgestörten zu sorgen, beleuchtet Ref. an der Hand von Zeitdaten die Entwicklung der Irrengesetze in den verschiedenen Staaten Europas und findet, dass durch das Zerstreutsein der bezughabenden Gesetze und Verordnungen und auch durch andere Umstände die Interessen der Irren in keinem Lande vollständig geschützt seien, dass diese vielmehr vielfach beeinträchtigt werden. Wie in anderen Ländern sei es auch in Oesterreich. Trotz dieses Mangels könne man aber mit Befriedigung auf die Entwicklung der Rechtspflege für Geisteskranke blicken, weil jederzeit gerade vom Throne herab dieser Frage ein erhöhtes Interesse zugewendet wurde. Doch ist trotzdem unläugbar, dass der dermalige Stand des Rechtsschutzes der Irren nicht ausgiebig genug sei und dass gerade für die Zeit vom Erkrankungsbeginne bis zur Genesung oder dem Tode des Kranken wesentliche Lücken bestehen. Er empfiehlt daher folgenden Beschluss der Annahme:

„Die Versammlung erkennt an, dass unsere Gesetze in Bezug auf Irrenwesen lückenhaft sind und es nothwendig sei, diese Gebrechen und Mängel successive in entsprechender Weise zu verbessern und zu ergänzen."

Referent geht zur Besprechung des Punktes 4 des Programmes, indem er betont, dass völlkommene Irrengesetze gerade zur Durchführung der freien Behandlung von wesentlicher Bedeutung sind. Zu den grössten Errungenschaften der Irrenpflege zähle die heute in grossem Theile Europas durchgeführte freie Behandlung der Geisteskranken. Das Wesentliche der freien Behandlung liege nicht in der Weglassung der Zwangsmittel, sondern in der totalen Umwandlung des Behandlungsgeistes. Ref. betont, wie gerade die Berücksichtigung kleiner Bedürfnisse der Kranken, wie sie mit der freien Behandlung einhergehen, viele Verstimmungs- und Aufregungszustände zu beseitigen vermag. Doch stehen der Durchführung der freien Behandlung erschwerende Momente gegenüber, die insbesonders dort hervortreten, wo die Verwaltungsorgane vor der ärztlichen Leitung überwiegen. Hindernd sind noch bauliche Unzulänglichkeiten und mangelhaftes Pflegepersonal. In Oesterreich war der verstorbene Director Stolz in Hall der erste, welcher dieses System zur Geltung brachte, und ebenso hat Spurzheim in Ybbs es eingeführt, und in Wien die Grundlagen hiefür gelegt. (Beifall.)

Dir. Hornung fordert für die Durchführung der freien Behandlung die Aufhebung der Trennung der Direction und der Verwaltung der Anstalt und bezeichnet ein gutes Pflegepersonal als Bedingung der freien Behandlung.

Dr. Gauster sagt, es sei zur Durchführung der freien Behandlung noch ein Moment hervorzuheben, das Herr Referent wohl auch im Auge gehabt, das aber noch besonders betont werden müsse, unerschütterliche Ausdauer und Consequenz bei der Einführung. Dieselbe sei in der ersten Zeit sehr schwierig. Als er nach Uebernahme seiner Abtheilung unter der Direction Spurzheim die freie Behandlung einführte, mussten Alle, Aerzte, Wärter und Kranke, die in das alte System eingewöhnt waren, sich in der freieren Bewegung erst versuchen; manche langjährige Krankenpfleger mussten entfernt werden, denn sie waren das grösste Hinderniss; es wurde sehr viel zerstört und geschädigt. Fast über ein Jahr war die Uebergangsperiode, und es war mancher Augenblick, wo die Durchführbarkeit zweifelhaft erschien, doch ging es mit Ausdauer. Man darf die freie Behandlung aber nicht allein in der Entfernung der Zwangsmittel, sondern in der möglichsten Beseitigung jeder Einschränkung ersehen, in der thunlichst freien Bewegung der Kranken auch nach aussen hin.

Smoler meint, es gebe doch viele Fälle, welche im Interesse ihrer Sicherheit und Herstellung beschränkt werden müssen, und er scheue sich nicht, dieser Ueberzeugung Ausdruck zu geben. Solche Kranke, die sich beschädigen wollen, solche, welche sich entkleiden und sich so verkühlen können u. s. w. müssen oft durch Zwangsmittel geschützt werden und die Zwangsmittel seien viel besser, als Anwendung von Menschengewalt.

v. Krafft-Ebing will auch der Zwangsmittel nicht ganz entrathen. So habe er manchen Onanisten dadurch vor zu grosser Erschöpfung bewahrt, mancher, den seine körperliche Unruhe entkräftet hätte, wurde durch sie erhalten und konnte sich erholen.

Meynert bemerkt gegen Smoler, dass ja alles mit Ueberlegung des Einzelfalles angeordnet werden müsse, es könne Fälle geben, in denen ausnahmsweise Anwendung eines Zwangsmittels nöthig werde, diese sind aber sehr selten, bestimmte Anzeigen sollten hiefür aufgestellt werden; aber der Zwang soll nur eine seltene Ausnahme sein, sonst kann man von freier Behandlung nicht reden.

Der Vorsitzende fordert Referenten auf, einen bestimmten Antrag zu stellen.

Referent beantragt, es mögen die der freien Behandlung Zustimmenden mittelst eigener Namensfertigung nachstehende Erklärung abgeben: „Auf Grund der Erfahrung habe er die Ueberzeugung gewonnen, dass die freie Behandlung möglich und durchführbar ist“.

Nach längerer Debatte über Formulirung und Abstimmung zeichnen durch namentliche Stimmzettel für obigen Antrag:

Schlager, Hornung, Meynert, Langwieser, Fritsch, Adler, Jellinek, Laskiewicz, Ruben, Holler, Gauster, Til-

kowsky, Svetinčič, v. Marczell, Pfleger, Linsmayer, Weiss, Hinterstoisser, Benz.

Der Antrag des Referenten, bezüglich Irrengesetzgebung wird angenommen, hierauf stellt Gauster den Zusatzantrag: „Es wäre die Regierung zu ersuchen, diesbezüglich eine Enquête aus Irren- und Gerichtsärzten sowie Richtern einzuberufen".

Derselbe wird gleichfalls einstimmig angenommen.

Dr. Schlager übernimmt den Vorsitz und dankt den Versammelten für ihre Theilnahme an den gepflogenen Verhandlungen, und drückt die Hoffnung aus, dass solche Versammlungen sich wiederholen werden im Interesse der besseren Entwicklung des Irrenwesens in Oesterreich. Er dankt seinen Collegen im Präsidium und den Schriftführern für ihre freundliche Unterstützung.

Primararzt Holler dankt im Namen der Versammlung dem Präsidenten für seine Mühewaltung.

Sanitätsrath Gauster beantragt, dem h. niederösterr. Landesausschusse und seinem Vorsitzenden, dem hochwürdigsten Landmarschalle, den wärmsten Dank der Versammlung auszusprechen und das bestandene Präsidium zu ersuchen, diese dem hochw. Herrn Landmarschall persönlich überbringen zu wollen, was mit Acclamation unter Erheben von den Sitzen angenommen wurde.

Schluss der Sitzung $^3/_4$2 Uhr Nachmittags.

Correspondenz.

Warschau.

Das 150jährige Jubiläum der männlichen Irren-Anstalt in Warschau. Die Irrenpflege hat in Polen schon frühzeitig Wurzeln geschlagen, denn bereits sind es mehr als 200 Jahre, dass ein aus Spanien (Portugal) stammender Mönchsorden hier zu Lande die Pflege der Irren in seine Hände nahm. In unseren Annalen finden wir keine Spuren, dass die armen Geisteskranken, zusammen mit Verbrechern in besonderen Anstalten oder Gefängnissen gehalten worden wären; es scheint, dass dieselben überhaupt gar nicht berücksichtigt und sich selbst und ihrem Schicksale überlassen wurden. Hin und wieder finden wir in Romanen und geschichtlichen Erzählungen, Andeutungen, dass gutmüthige Geisteskranke, an den Höfen der Könige und Magnaten zur Kurzweile und Belustigung benutzt wurden, wie viel jedoch daran Wahrheit, wage ich nicht zu behaupten.

Das erste Hospital, in welchem Geisteskranke Aufnahme fanden, wurde in Warschau im Jahre 1650 von Mönchen des Ordens der Bonifratri, Benfratelli errichtet.

Verschiedene Umstände jedoch zwangen sie, ihr Hospital mehrere Male zu verlegen, und so wählten sie denn endlich im Mai 1726 den Platz, an welchem sich unsere männliche Irren-Anstalt bis heute befindet. Die Grundsteinlegung erfolgte am 13. Juni 1726, den Bau leiteten Joseph Fontana und Anton Solari, und schon in noch nicht vollen zwei Jahren wurde die Kirche, das Kloster und Hospital durch den Bischof von Posen, Johannes Tarlo am 9. Mai 1728 eingeweiht und dem öffentlichen Gebrauche übergeben.

Somit sind denn schon 150 Jahre verflossen, während welcher Zeit die Anstalt nach Kräften und ausschliesslich für das Wohl der Geisteskranken gesorgt.

Als reine Irren-Anstalt zählt daher unsere Warschauer männliche Anstalt oder das sogenannte Hospital des heiligen Johannes a Deo zu den ältesten in Europa,

Der Tag des 150jährigen Jubiläums wurde feierlich begangen und mit Freuden darf ich behaupten. es war das erste Mal, dass die Anstalt sich in einem solchen Festgewande und feierlichen Stimmung befand, dem grossen Publikum seine Pforten gastfrei geöffnet und einen Einblick in das Anstaltsleben gestattete. Die Anstalt und namentlich die Kirche waren von aussen mit Guirlanden, Kränzen und Fahnen auf das reichlichste geschmückt, ebenso auch das Innere und die Gärten. Gegen 10½ Uhr versammelten sich die geladenen Gäste, unter welchen uns auch Seine Erlaucht der General-Gouverneur, Graf Kotzebue und Seine Excellenz der Gouverneur Baron v. Medem mit ihrem Besuche beehrten. Die geladenen Gäste, über 150 Personen, gehörten zu dem höheren Beamtenstande, Militär, Gelehrten, Vertreter der Presse, Kaufleuten und Bürgern. Hierauf wurde in der Anstaltskirche (katholisch) von dem stellvertretenden Bischof das Hochamt celebrirt, welches mit einem Te Deum laudamus endete.

Gegen 11½ Uhr begaben sich die Gäste nach dem grossen und schattigen Garten der allgemeinen Abtheilung für Ruhige und wurden hier von einer Militärcapelle und von fast allen Kranken der Anstalt, welche die hohen Gäste in ihrem Feiertagsstaate erwarteten, empfangen. Worauf die Kranken sich an die bereits gedeckten Tische setzten; hierauf intonirte die Capelle die Volkshymne und das Festessen begann; während dieser Zeit machte Seine Erlaucht, Graf Kotzebue, die Runde an den Tischen, sprach mit einzelnen der Kranken und verweilte bis 1 Uhr unter ihnen. Beim Verlassen der Anstalt sprach er seine Zufriedenheit aus, wie auch die Hoffnung, dass die projectirte neue Anstalt bald ins Leben treten möchte. Seine Excellenz Baron v. Medem und die übrigen Gäste inspicirten hierauf die ganze Anstalt in allen ihren Theilen, verweilten noch einige Zeit unter meinen Patienten und verliessen hierauf die Anstalt, einen guten Eindruck von derselben mit sich nehmend. Ein kleiner Theil der Gäste aber verblieb bis 8 Uhr Abends, um welche Zeit das Fest endete.

Mit wahrer Genugthuung hörte ich recht oft die Bemerkung, es scheine unglaublich, dass in einer Irren-Anstalt eine solche Ruhe und Ordnung herrschen könne, und dass man es kaum glauben könne, in einer Gesellschaft Geisteskranker zu sein.

Das ganze Fest verlief in der grössten Ordnung und ohne den geringsten Zwischenfall; tagelang unterhielten sich die Kranken darüber und oft wurde ich gefragt, ob ich ihnen nicht wieder einen so schönen Tag bereiten würde?

Als Erinnerung soll eine Marmortafel mit einer entsprechenden lateinischen Inschrift oberhalb der Kirchenthüre angebracht werden.

Staatsrath Dr. med. A. Rothe
Chef-Arzt der Warschauer Irren-Anstalt.

Notizen.

Die dritte Wanderversammlung südwest-deutscher Neurologen und Irrenärzte tagte am 18. und 19. Mai in Wildbad; es sprachen Prof. Leichtenstern aus Tübingen über Tastsinnprüfungen bei Nervenkranken und

schlägt vor, grössere Versuchsreihen bei einem Kranken durchzuführen und sodann die Zahl der richtigen mit den falschen Angaben zu vergleichen, und daraus erst die Zahlenwerthe zu berechnen. Prof. Fürstner aus Heidelberg erzählt zwei Fälle, wo bei Paralytikern die Sehstörung in partiellen Erweichungen einzelner Windungen des Hinterhauptlappens begründet zu sein schien, Prof. Erb sprach über Degeneration oder Entzündung der vorderen grauen Hörner und unterscheidet die poliomyelitis cut. ac., chron.. die Mittelform dieser letzteren, und die typische Form der progressiven Muskelatrophie, indem er die Differentialdiagnose durchführt. Dr. Kampf theilte eine Reihe chemisch-histologischer Untersuchungen über die graue Degeneration des Rückenmarkes mit. Er benützte die Kühne'sche Methode der Verdauung histologischer Objecte, namentlich durch Pepsin, wobei er fand, dass die bei grauer Degeneration massenhaft vorkommenden welligen Fibrillen durch die Pepsinverdauung zum Verschwinden gebracht wurden, gerade wie Bindegewebsfasern. Die Hornscheiden des Markes sind an den erkranktesten Theilen ganz verschwunden, an den leichter ergriffenen rareficirt. Es handelt sich eben um eine Bindegewebswucherung. Dr. Fischer j. aus Pforzheim beobachtete bei Einwirkung eines constanten (galvanischen) Stromes eine Milderung der Gehörshallucinationen. Dr. Beck aus Tübingen hat zwei Fälle von Tetanus traumaticus unter Chloralgebrauch genesen gesehen und Dr. Schultze aus Heidelberg erzählt einen Fall von Pseudohypertrophie der Muskeln bei einem 16jährigen Knaben, der durch Selbstmord endete und bei dem er circumscripte Anhäufungen von Bindegewebe und Kernen in den grossen peripheren Nervenstämmen neben dem gewöhnlichen Muskelbefunde fand. Das Rückenmark schien normal.

Buchschau.

Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten von Dr. W. Griesinger. 4. Auflage. Braunschweig, Verlag von Wreden. 1876. Mit dem Portrait des Autors.

Das Handbuch des um die Psychiatrie und die Epidemiologie so verdienten Forschers und Arztes ist unverändert nach der 3. Auflage erschienen. Griesinger's Arbeit war massgebend für die ganze deutsche Psychiatrie, sie ist es zum Theile noch. Bei der Bedeutung des Mannes und seiner Arbeit wäre es aber angezeigt gewesen, seine nach der 3. Auflage des Werkes ausgesprochenen geänderten Anschauungen in dem Buche auch zum Abdruck zu bringen, wodurch dessen Werth entschieden noch wäre erhöht worden.

Die Systematik Griesinger's beherrscht heute noch einen grossen Theil der Anstalten; in neuerer Zeit treten in ihr reformatorische Bestrebungen von Bedeutung auf; zum Theile knüpfen sie an schon von Griesinger Erkanntes an, z. B. in der Verrücktheit, die nicht blos secundärer Natur ist, sondern entschieden primär auftritt als häufigste Erkrankungsform. Griesinger selbst hat schon ihr primäres Auftreten erkannt. Die Anschauung dieser Krankheitsform als secundäre zwingt zu sehr willkürlichen Annahmen über vorausgegangene psychopathische Zustände, die, wenn sie selbst vorhanden waren, in einer grossen Anzahl von Fällen keine selbstständige Erkrankungsform, sondern nur ein kürzer oder länger dauerndes Symptom der beginnenden Hirnerkrankung sind, oft aber vollständig fehlen. — Die Ausstattung ist gut. G.

Einladung zur 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Die 50. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München hat zum diesjährigen Versammlungsort die Stadt Cassel erwählt.

Die unterzeichneten Geschäftsführer erlauben sich nun, zu der vom 18. bis 24. September abzuhaltenden 51. Versammlung die deutschen Naturforscher und Aerzte, sowie die Freunde der Naturwissenschaften ergebenst einzuladen.

Indem die Wahrung des streng wissenschaftlichen Charakters dieser Versammlung das Hauptziel ihres Strebens sein wird, haben die Unterzeichneten in Gemeinschaft mit einem Comité, welches aus einer beträchtlichen Zahl von Vertretern und Freunden der Naturwissenschaften und Medicin, aus den beiden Bürgermeistern, Mitgliedern der städtischen Behörden und aus angesehenen Bürgern sich zusammengesetzt hat, doch auch dafür eine besondere Sorge getragen, dass nach geförderter Geistesarbeit es den Männern der Wissenschaft an geistiger und körperlicher Erholung nicht mangele. Insbesondere ist dafür gesorgt worden, dass ein ungehemmter und anregender Verkehr zwischen den Fachgenossen nicht blos innerhalb der Section stattfinden, sondern in regelmässigen abendlichen Zusammenkünften in geeigneten Localen fortgesetzt werden kann.

Viele deutsche und österreichische Eisenbahn-Verwaltungen haben bereitwillig Fahrpreis-Ermässigungen bewilligt.

Indem wir die Erwartung aussprechen, dass allen Bedingungen zu einem würdigen Empfang der Versammlung, wie zu einer erspriesslichen Förderung ihrer Thätigkeit von uns auf das sorgfältigste Rechnung getragen werden kann, stellen wir an diejenigen geehrten Mitglieder und Theilnehmer, welche sich durch Vorträge oder Demonstrationen zu betheiligen beabsichtigen, das Ansuchen, die bezüglichen Themata ihrer Mittheilungen den Unterzeichneten möglichst bald vor Beginn der Versammlung kund geben zu wollen.

Das während der Dauer der Naturforscher-Versammlung an jedem Morgen erscheinende Tageblatt soll von der Thätigkeit der Versammlung möglichst genaue Rechenschaft geben, und wird zugleich der amtliche Bericht über dieselbe sein.

Wir richten daher an alle diejenigen Mitglieder und Theilnehmer, welche in den allgemeinen und den Sections-Sitzungen Vorträge halten, das dringende Ersuchen: schon vor dem Beginn der betreffenden Sitzungen eine schriftliche druckfertige Mittheilung über den wesentlichen Inhalt ihres Vortrages bereit zu halten, welche nach beendigter Sitzung dem Sections-Secretär eingehändigt wird. Nur je eine Blattseite des Manuscriptes darf beschrieben sein. Die Vorträge, die in dieser Weise den Secretären nicht eingehändigt werden, können entweder gar nicht, oder nicht in der wünschenswerthen Ausführlichkeit zum Abdruck gelangen.

Schliesslich erlauben wir uns, in Folge mehrseitiger an uns gerichteter Aufforderung, an die hervorragenden Förderer der verschiedenen Disciplinen uns mit der Bitte zu wenden: unter ihren Fachgenossen dahin zu wirken, dass möglichst bald die Besprechung bestimmter Themata in den verschiedenen Sectionen vorbereitet werde, damit nicht die zum Vortrag und zur Discussion gelangenden ausschliesslich dem Zufall über-

lassen bleiben. Die Geschäftsführer und die Sections-Einführer sind gern bereit desfallsige Benachrichtigungen entgegenzunehmen.

Cassel, im Juli 1878.

Die Geschäftsführer der 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte:
Dr. B. Stilling. Dr. E. Gerland.

Aus dem Programme.

§. 4. Für die Mitglieder und Theilnehmer werden Aufnahmekarten gegen Entrichtung von 12 Mark ausgegeben. Mitglieder- und Theilnehmerkarten berechtigen zum unentgeltlichen Bezuge je einer Damenkarte. Für jede Damenkarte mehr sind 12 Mark zu entrichten.

§. 5. Die Mitglieder- und Theilnehmerkarten, beziehungsweise die auf Grund derselben zu erhebenden Damenkarten und Eintrittskarten gelten für alle Versammlungen und Festlichkeiten als Legitimation, und sind daher mitzuführen und auf Verlangen vorzuzeigen.

§. 6. Fahrpreisermässigungen für die Eisenbahnen finden nur gegen Vorweis einer Mitglieder- oder Theilnehmerkarte statt.

§. 7. Vorausbestellung der Wohnung ist im Interesse der Gäste sehr wünschenswerth.

§. 8. Wer Fahrpreisermässigung erlangen oder sich einer Wohnung im Voraus versichern will, wird gebeten, den Betrag für die Aufnahmekarte portofrei an „das Anmelde-Bureau der Naturforscher-Versammlung“ in Cassel (Herrn Friedrich Diehls, 56, untere Königsstrasse) spätestens bis zum 10. September einzusenden und anzugeben, ob er die Versammlung als Mitglied oder als Theilnehmer zu besuchen gedenkt. Im Falle der Vorausbestellung der Wohnung wird um Bezeichnung der desfallsigen Ansprüche gebeten, worauf das Anmelde-Bureau, unter möglichster Berücksichtigung der geäusserten Wünsche, die Anweisung auf die Wohnung mit Angabe des Preises zustellen wird.

Einführer der Section Psychiatrie: O.-M.-Direct. Cramer.

Tagesordnung für den 17. bis 24. September 1878.

Dienstag den 17. Sept. Abends: Begrüssung in den Sälen des Lese-Museums, von 7 Uhr an.

Mittwoch den 18. Sept. um 8½ Uhr: **Erste allgemeine Sitzung.**

1. Begrüssung der Versammlung durch den I. Geschäftsführer, Geh. Rath Dr. Stilling.
2. Vortrag des Herrn Prof. O. Schmidt aus Strassburg: Ueber das Verhältniss des Darwinismus zur Socialdemokratie.
3. Vortrag des Herrn Prof. Hüter aus Greifswald: Ueber den Arzt in seiner Beziehung zur Naturforschung u. den Naturwissenschaften.
4. Vortrag des Herrn Prof. Aeby aus Bern: Ueber das Verhältniss der Mikrocephalie zum Ataxismus.

Nach Schluss der Sitzung: Constituirung der Sectionen. Von 3 Uhr an *) Concert in dem Aue-Park und bengalische Beleuchtung des Bassins.

---

*) Die Zeit von 1 — 3 Uhr ist als die übliche Speisestunde und Ruhestunde angenommen worden.

*) Die Zeiten für die verschiedenen Sections-Sitzungen werden in Nr. 1 des Tageblattes vorgeschlagen; dieselben sind definitiv von den Sections-Vorständen selbst zu bestimmen. Jede Section hat ihren eigenen Saal den ganzen Tag über zur freien Disposition.

Donnerstag den 19. Sept. von 8 — 1 und 3 — 6 Uhr: Sections-Sitzungen und Demonstrationen. Abends: Theater u. gesellsch. Vereinigungen.

Freitag den 20. Sept. von 8—12 und 2—4 Uhr: Sections-Sitzungen und Demonstrationen. Von 12—2 Uhr: Frühstückspause. Um 5 Uhr: Festbankett.

Sonnabend den 21. Sept. Morgens 8½—12 Uhr: **Zweite allg. Sitzung.**

1. Geschäftliche Mittheilungen und Wahl des Versammlungsortes für die nächstjährige 52. Versammlung.
2. Vortrag des Herrn Prof. De Bary aus Strassburg: Ueber Symbiose, Parasitismus und verwandte Lebenserscheinungen.
3. Vortrag des Hrn. Prof. Klebs aus Prag: Ueber Cellularpathologie und Infectionskrankheiten.
4. Vortrag des Hrn. Prof. Fick aus Würzburg: Ueber Wärmeentwicklung im Muskel.

Nachmittags: Festfahrt nach Wilhelmshöhe, daselbst bengalische Beleuchtung der Wasserfälle.

Sonntag den 22. Sept. Gemeinschaftliche weitere Ausflüge *), und zwar nach der Wahl jedes Einzelnen.

a) nach Marburg, } zur Besichtigung der Universitäts-Anstalten, der
b) nach Göttingen, } Irren-Heilanstalt etc.
c) nach Wildungen, } zur Besichtigung der Bade-Anstalten.
d) nach Nauheim, }
e) in den Habichtswald,
f) nach Münden,
g) nach Wilhelmsthal.

Montag den 23. Sept. Morgens 8—12 Uhr, Nachm. 3—6 Uhr: Sections-Sitzungen und Demonstrationen. Nachmittags: Concert auf den Felsenkellern.

Dienstag den 24. Sept. von 8½ Uhr an: **Dritte allgemeine Sitzung.**

1. Geschäftliche Mittheilungen.
2. Vortrag des Hrn. Prof. Henke aus Tübingen: Ueber willkürliche und unwillkürliche Bewegung.
3. Vortrag des Herrn Dr. Baas aus Worms: Ueber William Harvey's Leben und Wirken.
4. Vortrag des Herrn Dr. J. Stilling aus Cassel: Ueber Farbensinn und Farbenblindheit.

Abends: Abschieds-Commers.

Verzeichniss der Seitens der Eisenbahn-Directionen zugestandenen Vergünstigungen.

Zur Erlangung derselben ist die Vorzeigung der Aufnahmekarte erforderlich. Vom 13. bis 30. September 1878 inclusive.

Es bewilligt freie Fahrt: die Waagthalbahn.

Freie Rückfahrt bei Lösung eines Tour-Billets:

1. Halberstadt-Blankenburger Bahn. Den Herren, die vom 15. — 18. September d. J. bei Lösung eines Fahrbillets eine Karte zur 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte präsentiren.

---

*) Für jeden der bezeichneten Ausflüge stellt sich ein bereits designirter Führer an die Spitze, welcher die Aufsicht und Leitung übernimmt.

2. Die Dortmund-Gronau-Enscheder Eisenbahn.
3. Die Märkisch-Posener Eisenbahn-Gesellschaft.
4. Die Homburger Eisenbahn. Die an den Billetschaltern zu Homburg und Oberursel gelösten Billets berechtigend in den Tagen vom 15. bis incl. 25. September zu freier Rückfahrt.

Retour-Billets von 14tägiger Giltigkeitsdauer zu ermässigtem Preise:

Die Tilsit-Insterburger Eisenbahngesellschaft.

Verlängerung der Retour-Billets unter Berechtigung der Benutzung aller fahrplanmässigen Züge, die den Billeten entsprechende Wagenclasse führen:

1. Die Main-Neckar-Bahn. Giltigkeitsdauer der Retourbillets vom 16. bis 25. September.
2. Die Dux-Bodenbacher Eisenbahn. Giltigkeitsdauer der Retourbillets 10 Tage.
3. Die Altona-Kieler Eisenbahn-Gesellschaft. Giltigkeitsdauer der Retourbillets vom 10.—30. September.
4. Die Main-Weser-Bahn. Giltigkeitsdauer der Retourbillets vom 17.—26. September.
5. Die Bayerischen Staatsbahnen. Giltigkeitsdauer der Retourbillets 20
6. Tage. Die Rheinische Eisenbahn-Gesellschaft. Giltigkeitsdauer der Retourbillets vom 16.—25. September.
7. Die Hessische Ludwigs-Eisenbahn-Gesellschaft. Giltigkeitsdauer der Retourbillets vom 16.—25. September.

Ermässigung der Fahrpreise:

1. Erste Ungarisch-Galizische Eisenbahn. Ermässigung von 33$^1/_3$ %, gilt für die Billete der II. und III. Wagenclasse.
2. K. K. priv. Turnau-Kralup-Prager Eisenbahn. Gegen Lösung eines Billets III. Classe resp. IV. Classe, kann die II., resp. III. Classe benutzt werden.
3. Mährisch-Schlesische Centralbahn. Gegen Lösung eines Tourbillets III. Classe kann die Fahrt in der II., bei einem gelösten halben Billet II. Classe in der III. Classe erfolgen.
4. K. K. priv. galizische Carl-Ludwig-Bahn wie bei früheren gleichen Fällen.
5. K. K. priv. Eisenbahn Pilsen-Priesen (Komotau) wie bei 3.
6. Königl. Ungarische Staateisenbahnen wie bei 4.
7. Ungarische Nordostbahn. Die zu gewährende Vergünstigung ist nicht näher angegeben.
8. Ungarische Westbahn. Preisermässigung von 33$^1/_3$ %.
9. K. K. priv. Kaiserin-Elisabethbahn. Gegen Vorzeigung der Mitglieds- und einer von dem Geschäftsführer zu beziehenden Legitimationskarte kann gegen Lösung von Postzugskarten III. Classe die II., und gegen Lösung von halben Postzugskarten II. Classe die III. Classe benutzt werden.
10. K. K. priv. Kaiser-Franz-Josef-Bahn. Für die Fahrt nach Prag oder Eger eine Ermässigung von 33$^1/_3$ % in den Tagen vom 15.—30. September,
11. Prag-Duxer Eisenbahn in den Tagen vom 15. bis incl. 26. September, wie bei 3.

12. K. K. priv. Lemberg-Czernowitz-Jassy-Eisenbahn-Gesellschaft. Ermässigung von 33⅓ % bei Benutzung der II. Wagenclasse der gewöhnlichen Züge (die Eilzüge ausgeschlossen) in den Tagen vom 12. bis 28. September unter den gleichen Modalitäten, wie bei der 50. Versammlung.
13. K. K. priv. Graz-Köflacher Eisenbahn- und Bergbau-Gesellschaft. Preisermässigung von 33 % in den Tagen vom 12. bis 30. September.
14. K. K. priv. Vorarlberger Bahn vom 12.—28. September wie bei 1.

Ermässigung des Fahrgeldes für Gesellschaften.

1. Nassauische Staatsbahnen. Gesellschaften, mindestens 40 Personen, erhalten 50 % Ermässigung pro Billet, wenn Tag und Stunde der Ahfahrt, Abgangsstation und zu durchfahrende Strecke mindestens 24 Stunden vorher angezeigt wird.
2. Main-Weser-Bahn, ebenso.

Inserate.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben ist erschienen und durch **W. Braumüller & Sohn** in Wien zu beziehen:

Lehrbuch
der
Nervenkrankheiten
von
Dr. Alb. Eulenburg,
ord. Professor in Greifswald.
Zweite völlig umgearbeitete Auflage.
Zwei Theile. 1878. gr. 8. 27 Mark.

Die
Secretion des Schweisses.
Eine bilateral-symmetrische Nervenfunction.
Nach
Untersuchungen am Menschen und an Thieren
dargestellt von
Dr. Alb. Adamkiewicz.
1878. gr. 8. 2 Mark.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

1878. Nr. 4 & 5.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. Moriz Gauster und Reg.-R. Prof. Dr. Theodor Meynert.

Das Blatt erscheint in sechs Nummern zu $1^1/_2$—2 Bogen. Preis des Jahrganges 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl. Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet. nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. Moriz Gauster, IX. Lazarethgasse 14. oder Prof. Dr. Meynert, IX. Mariannengg. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Meynert: Rokitansky — Ueber die Classification der Geisteskranken. Von Dr. Tiling in St. Petersburg. — Ein Fall von Psychose bei einem Tabakfabrik-arbeiter. Von Dr. Laskiewicz-Friedenfeld. — Fall von Gesichtshallucinationen bei vollständ. Blindheit. Von Dr. Kowalewsky in Charkoff. — Die Ausstellung der Wiener Landes-Irrenanstalt zur Feier ihres 25jährigen Jubiläums 1878. — Personalien. — Inserate.

Rokitansky.

„Die Seelenheilkunde dem Beseeler der Heilkunde" war die Inschrift des Lorbeerkranzes, welchen der psychiatrische Verein seinem Ehrenmitgliede Rokitansky, einem Koloss der medizinischen Forschung des Jahrhunderts, auf den Sarg legte. An diesem Sarge erinnerte Arneth uns des Trostes, dass noch zwei von den Begründern der medizinischen Wissenschaft in Wien unter uns weilen, Skoda und Brücke. Er konnte gewiss kein besseres Trosteswort bieten.

Rokitansky, eine Grösse der Wissenschaft, welche die ganze Medizin reformatorisch befruchtete, musste schon dadurch jedem Wissensgebiete Wurzeln geben, und wenn sein Andenken auch die Psychiatrie durchleuchtet, so muss dies zunächst mit seiner Leuchtkraft überhaupt zusammenhängen. Anscheinend wurde diese Leuchtkraft noch durch das Dunkel erhöht, welches in der, bei seinem Auftreten tief verfallenen Medizin Deutschlands herrschte. Stand es doch mit dieser Medizin derartig, dass der hellste Kopf unter den damaligen Klinikern, Schönlein, durch die Abgeschlossenheit eines bewusst ideellen Systemes, welches er selbst in Druck zu legen vermied, gerade wegen der Entartung der Wissenschaft, wie

Wunderlich bemerkt, enthusiastische Anhänger fand, und es eine Zeit lang den Anschein hatte, als werde die Schönlein'sche Schule die herrschende in Deutschland.

Indem ich den Satz Platen's umkehre, der an der Hefe zeigen wollte, wie schlecht der Wein sei, will ich an Schönlein, den Wein jener klinischen Periode, die Hindeutung knüpfen, was jene Nosologisten, Naturheilkraftsystematiker und Parasitiker bedeuten konnten, die seine Schule bildeten. Seine einzige Druckschrift betrifft die Hirnmetamorphose, in welcher er, natürlich nicht auf entwicklungsgeschichtliche Kenntniss hin, behauptet, dass die einzelnen Hirnorgane ursprünglich in einem Drängen und Verdrängen gegen einander begriffen seien, welches auf die Bildung der vollendeten Gestaltung, nämlich auf die Kreuzesform abziele, ohne dieselbe im menschlichen Gehirn zu erreichen, ein Beispiel, wie damals das Denken in der Medizin mit der absoluten Phrase eins war, ein Zustand, von welchem wir vielleicht in der Psychiatrie noch die jüngsten Reste finden. Rokitansky selbst bezeichnete diese Medizin als „ein, der speculativen Philosophie und dem Zufall preisgegebenes Aggregat unsicherer Lehrsätze.“ Dass aber seine persönliche Leuchtkraft des dunklen Hintergrundes von damals nicht bedurfte, hat er, wie folgen wird, bis in seine spätesten Lebenstage bewiesen.

Ein Fachmann von Bedeutung kann sich aus sehr verschiedenen Stufen der Begabung hervorbilden, ein bedeutender Mensch aber hängt von dem Inhalte seiner Leistung gar nicht ab, sondern seine ursprüngliche Macht liegt in einer weit geringeren Fehlbarkeit des Gedankenganges, als bei gewöhnlichen Menschen. Dies wurde am wahrsten dahin ausgedrückt, der Genius sei durch den Sinn für das Wesentliche gekennzeichnet. So stand es mit Rokitansky; er brauchte das Hauptwerk seines Lebens gar nicht nothwendig geschaffen zu haben, er erschien ausserordentlich in dem Gedankengange über jeden Stoff, über den er sich ausliess, durch die Weite seines Ueberblickes und die schlagende Richtigkeit seiner Folgerungen.

Ruf und Weltruf sind gar nicht massgebend für die Beurtheilung eines bedeutenden Menschen. Auch Hufeland hat einen Weltruf, der nach dem Ausdrucke eines medicinischen Historikers aus Urtheilsschwäche die Homöopathie, den thierischen Magnetismus, die Medicina magica empfahl, und die Wirkung der Mineralwässer in dem Brunnengeist suchte (Wunderlich). Selbst ein Weltruf wird erst durch neidlose und selbst bedeutende Kenner verbürgt. Wunderlich, welcher die Unfähigkeit der damaligen deutschen Medizin auch durch die Unfähigkeit constatirt fand, eine grossartige Leistung zu verstehen, bemerkt, dass er sich rühme, in einer Parallele „Paris und Wien 1841“ zuerst die Bedeutung der Wiener Schule gezeigt zu haben, als deren Haupt er Rokitansky bezeichnet. Wun-

derlich spricht pag. 79: „Erst seit wenigen Jahren ist es, dass von dem ausserordentlichen Professor der pathologischen Anatomie, Dr. Carl Rokitansky, hin und wieder Aufsätze in den österreichischen medizinischen Jahrbüchern erscheinen. Aufsätze, die nicht nur nach Form, Tendenz und Inhalt mit den meisten übrigen derselben Blätter, sondern auch mit allen anderen, wie man sie in Deutschland gewohnt war, frappant contrastirten. Mit jeder neuen Abhandlung wurde klarer, dass es nicht die wichtigen Beobachtungen an sich waren, die das Interesse in Anspruch nahmen, und die am Ende Jeder hätte machen können, dem sich die Fälle dargeboten hätten, sondern dass ein eigenthümlicher consequenter Geist in diesen scheinbar trockenen Artikeln herrschte, der sie belebte, und sie hoch über die Stufe gewöhnlicher Sectionsprotokolle erhob. Die Aufsätze folgten sich rasch, sie stellten sich mancher der geläufigen Lehren in Deutschland gegenüber und führten dabei eine imponirende originelle Sprache. Ursprünglich von Leichenbeobachtungen ausgehend, verbreiteten sie sich über allgemeine und specielle pathologische Fragen und lieferten lichtvolle Andeutungen über therapeutische Indicationen. Sie blieben nicht vereinzelt, vielmehr folgten ihnen von anderen Wienern, Colletschka, Skoda, Helm, Schuh und mehreren Jüngeren eine Reihe anderer Aufsätze und grösserer Werke . . . . Sichtlich gingen alle diese Arbeiten von einer ersten Quelle aus, und so selbständig sich auch die einzelnen jener Männer entwickelten, so spürte man doch an ihnen allen die originelle Geistesrichtung, die ihnen augenscheinlich als Muster gedient hatte . . . Die neue Schule ging aus dem Leichenhof hervor.“ Ueber den Unterricht Rokitansky's spricht Wunderlich pag. 126: „Und doch bliebe Alles, was ich darüber sagen und was man irgend erwarten kann, noch hinter der Wahrheit zurück. Man gehe selber hin und sehe. Es ist nicht ein bestechender Vortrag, nicht die Methode des Unterrichtes, nicht die ausgedehnte Sammlung, die diesen Unterricht unvergleichlich machen, sondern das, was man hört. Die zahllosen neuen, befruchtenden und originellen Anschauungen, die Genauigkeit der Beobachtungen, die Menge von Entdeckungen, die glückliche Deutung, die sie finden. Und, wen die äussere Anspruchslosigkeit des Vortrages anfangs Geringeres erwarten liess, der wird mit rechtem Sinne mir alle Tage mehr beistimmen und meine Behauptungen nicht übertrieben finden.“

Dies war der Eindruck des aufsteigenden Sternes, dessen Zenith wir Alle sahen und den Keiner im Niedergange gesehen hat.

Doch glänzender noch, als Wunderlich, der Herold seines Ruhmes ihn selbst, würdigte Rokitansky eine neben ihm aufstrebende aussergewöhnliche Kraft, als er für Skoda's Erhebung auf den klinischen Lehrstuhl des allgemeinen Krankenhauses sein Wort erhob. In dem Documente schildert er Skoda als „berufen zum Lehrer, vermöge seines klaren Verstandes und durchdringenden

Urtheiles, ein Mann von unerschütterlicher wissenschaftlicher Ueberzeugung und Consequenz, unbestechlich durch Autorität sowohl, wie durch Theorie und grundlose Speculation, eine Leuchte dem Lernenden, ein Muster dem Strebenden, ein Fels dem verzagenden Zöglinge.«

So visirt nur ein Mann, dessen geistiger Messtisch auf dem Gipfel steht, auf eine andere Höhe, welche den in flacher Ebene Wandelnden nicht sichtbar wurde.

Als Schöpfer einer wissenschaftlichen Diagnostik musste Rokitansky der Psychiatrie zunächst ein Spiegel sein, in welchem sie ihre Barheit an Diagnostik klar wahrnehmen konnte. Es ist auf der einen Seite in der Psychiatrie noch weit hin bis zu allseitiger Erkennung ihrer diagnostischen Gegenstandslosigkeit, andererseits hat man bereits wieder durch Einschlagung irriger Wege sich trotz der aus Rokitansky's Werke herüberleuchtenden Weglichter in manchen Nebel verlaufen.

Die allermeisten, von so vielen Seiten als neu vorgebrachten Veränderungen der Nerven-Elemente nach psychischen Krankheiten sind schon von ihm selbst gemachte Anwendungen der, in seiner allgemeinen pathologischen Anatomie aufgeführten Formen der regressiven Umgestaltung geweblicher Elemente. Seinem für Befunde gleichsam unentrinnbaren Blicke stellte sich zuerst die Vermehrung der zartesten Bindesubstanz und ihrer Formelemente im kranken Nervensysteme dar, und zwar an frischen Zupfpräparaten, welche anderen guten Untersuchern nichts, als Myelinfiguren vor Augen brachten. Doch haben die Untersucher auch durch Anwendung anderer Methoden eben dieses Resultat seiner einfachen Technik bestätigt. Ausser den anatomischen Details hat Rokitansky übrigens schon in der ersten Auflage seiner pathologischen Anatomie einfache und weitreichende Gesichtspunkte gegeben, welche, um Rokitansky's eigenes Citat nach Carlysle anzuwenden, auf dem psychiatrischen Horizonte wieder als Lichtpunkte hervortreten, nachdem es nochmals durch die abstracten Erblichkeits- und Degenerations-Theorien genügend finster geworden ist. Ich hebe hier nur seine Beziehungen zwischen Hydrocephalus und der rhachitischen Ernährungsstörung als ein Beispiel hervor.

Durch die Abtretung und Zuweisung der Irrenleichen an eine psychiatrische Klinik übertrug Rokitansky der anatomischen Richtung in der Psychiatrie einen Schatz für selbständige Forschung, durch welche das Fundament derselben in eine vervollkommnete Kenntniss des Gehirnbaues verlegt, und ihr das Mittel zum Herausarbeiten der Psychiatrie aus ganzem Holze ermöglicht wurde, statt der fruchtlosen Aneinanderreihung eines disparaten Mosaiks aus Einzelarbeiten, welche den Gegensatz bilden zu dem Satze: Immer strebe zum Ganzen.

Rokitansky's Rathschläge an die Regierung und seine Ingerenz haben die erste psychiatrische Klinik in Oesterreich zu Stande gebracht, und zwar eine nach seinen Anschauungen ernste Klinik, welche für sich nicht weniger, als die ungetheilte Kraft strebender Geister in Anspruch zu nehmen hat.

Ausser jenen grossen Verdiensten Rokitansky's um die psychiatrische Lehre steht Rokitansky durch sein ausserordentliches Auftreten als Psycholog mitten in unserem Gebiete.

Schon in der Eröffnungsrede für das neue pathologische Institut (1862) sprach sich Rokitansky gegen den, nicht nur den gemeinen Mann, sondern selbst die Naturwissenschaft als Realismus und die Schulphilosophie beherrschenden Aberglauben aus, dass die niemals anders als unter Mitwirkung von Gehirnen percipirte Erscheinungswelt auch nach Wegnahme der Gehirne bestehen bliebe. Es ist das zweifellos auch die Ansicht, zu welcher sich die Thierwelt in ihrem Wissen über die Dinge bekennen würde. Rokitansky fand diese gemeinsame Ansicht einer Bildungsstätte, wie die Universität unwürdig, und verwies auf den Idealismus Kant's, als auf die wahre Consequenz naturwissenschaftlichen Denkens. Dem Realismus liess er nur als die Methode der objectiven Forschung seinen Rang, als einem abgekürzten Ausdruck, aber nicht als einer Weltanschauung.

Später folgten seine beiden, der Unvergessenheit würdigen akademischen Festvorträge: „Ueber den selbstständigen Werth des Wissens" und „Ueber die Solidarität des Thierlebens". Der erste behandelte abermals die schon von Demokrit gehegte Lehre von dem nur idealen Bestande der Erscheinungswelt, worin der Schlüssel auch für das Verständniss der blos ideellen Ueberzeugungen des kranken Gehirnes liegt. Schopenhauer durfte sich rühmen, durch seine Klarheit die übereinstimmende Lehre Kant's dem allgemeinen Verständniss erschlossen und zugleich der Naturwissenschaft angenähert zu haben, indem er hervorhob, Kant habe unter Seelenvermögen selbstverständlich Gehirnfunctionen verstanden. Doch trübte er diese Klarheit durch seine, allen naturwissenschaftlichen Ernstes spottenden unreifen, zum Theile abergläubischen Ansichten über Mechanik und Function des Gehirnes.

Rokitansky entwickelt seine Anschauungen aber, nachdem, wie er sagt: „die Schwelle zu dem wunderbaren elementaren Bau des Thier- und Menschengehirnes, zu den Werkstätten der Anschauung sowohl, wie der Reflexionen betreten, man kann sagen überschritten ist". Rokitansky entwickelt die Idealphilosophie, wie keiner vor ihm, aus der Naturwissenschaft und aus seiner immer im Objectiven festwurzelnden Denkweise selbstständig. So geht er von der Kleinheit des Netzhautbildchens aus, wo er die Unzulänglichkeit der Sinnesapparate für eine Raumanschauung entwickelt, welche die wirkliche Grösse

der Dinge wiedergibt, während er die ideelle Natur der räumlichen Anschauung klarlegt. Die Lehre, „was von den Dingen zu halten sei“ und „dass die Dinge noch ein innerstes, nicht anschauliches, jenseits aller Erfahrung liegendes Wesen besitzen“, entwickelte Rokitansky als einen der menschlichen Einsicht überhaupt sich klarlegenden Gegenstand in seiner knappen, inhaltsreichen Darstellung eigentlich ganz aus dem Kerne seiner eigenen individuellen Anschauung, so sehr er sich dabei als Kenner und Anerkenner Kant's und Schopenhauer's gibt, ich darf sagen ebenbürtig heraus. Die Darstellung trägt neben dem anatomischen Ernst jene edle Popularität an sich, welche nur den Kreis der Denkfähigen an sich zieht.

Vollkommen neu in Stoff und Anschauungsweise ist der zweite psychologische Vortrag Rokitansky's in der Akademie der Wissenschaften: „Ueber die Solidarität des Thierlebens“. Hierin hat er, wie nicht leicht wieder ein überragender Geist, den düsteren Schatz der Lebenserfahrung, seine tiefsinnige und kühne Denkweise mit dem Umfang und dem Gehalt seines Gemüthes in ein Ganzes mit Meisterschaft verwebt. Rokitansky, einer der warmfühlendsten Menschen, dessen Antlitz, nach den Worten eines mir theuren Collegen, von dem Ausdruck einer grossartigen Güte beherrscht war, hegte besondere Liebe auch für die Thierwelt, und äussert oft, wie deren unbefangenes Naturbehagen und ihr Gemüthswesen ihm einen grossen Reiz biete. Als er einmal den Cadaver eines ihm sehr angewöhnten Hundes öffnete, verbarg er nicht einige Rührung, und als er dabei eine, durch Stoss entwickelte Neubildung fand, sagte er: „Ganz wie beim Menschen! Warum nicht? Es sind ja unsere Brüder!“ So innig verwoben sah er auch die Abstufungen des inneren Lebens der Thiere mit dem unseren, und mit akademischer Besonnenheit, mit schrittweiser Consequenz beginnt er, in der einzelligen Amoebe, die mit ihrem Protoplasma eine Substanz, von der sie sich nährt, überzieht, die Elemente des thierischen Charakters nachzuweisen, Hunger und Bewegung, ein Bewusstwerden eines inneren Zustandes und einer äusseren Welt. Der Charakter dieses einzelligen Protoplasma ist schon Aggression. Nach Würdigung der Steigerungen des Thierlebens durch Körperbau und Gehirn folgt die Erwägung, dass jeder Vorstellende sich als den Mittelpunkt, ja desto mehr als den Alleinherrscher in der vorgestellten Welt dünkt, je weniger er im Stande ist, einzusehen, dass jeder andere eben auch in der Lage ist, denselben Dünkel zu entwickeln. „Dieser Dünkel reizt unter ungleichartigen und gleichartigen Thieren bis zum Menschen hinauf zur Bevormundung, Unterjochung und Despotie, enthält den Grund zu wahnhafter Ueberhebung und Narrheit.“

„Die Aggression ist der Charakter des Thieres, wurzelnd im Hunger des Protoplasma, welcher selbst seinen Grund hat in

der Labilität der thierischen Materie. In ursprünglichster Offenheit und Reinheit ist dieser Charakter im protoplasmatischen Urthiere ausgeprägt, dieses geht ganz und gar in seinem Charakter auf. Der aggressive Charakter ist an und für sich böse und das im gewöhnlichen Sinne als gut bezeichnete ist eigentlich nur ein Minimum des Bösen. Dagegen besteht das Gute als Gegensatz zum Bösen in Hintangebung der Bedingungen des Thierlebens an und für sich, an andere und für andere. Die vollkommene Güte endlich als das Ergebniss angeborner Anlage und der Erkenntniss der Nichtigkeit der Erscheinung involvirt ein vollkommenes Negiren der Aggression und führt zur Aufhebung der Individualität — eine Anschauung, welche mit dem metaphysischen Kerne der liebreichsten Religionen übereinstimmt. In der Barbarei aber steht der Intellect unter der Herrschaft des Charakters. Dem Untergange der Indianer liegt nach Kennern nicht der Import von Lastern und Krankheiten, sondern der Kleinmuth zu Grunde, der sich ihrer angesichts der Civilisation bemächtigt, zufolge der überzeugend gefühlten Unmöglichkeit, sich zu adaptiren, d. i. die Form ihres aggressiven Charakters aufzugeben.« Andere Stellen vergleichen die Stellung der Thiere und der Menschen zu Menschen mit pfeilspitzer Wahrheit. »Die Thiere erkennen die Superiorität eines anderen, nur die Parasiten gelangen kaum zu solcher Erkenntniss und kennen somit keine Rücksicht. Was den Verkehr zwischen Thieren und Menschen in dieser Hinsicht betrifft, so erkennen im Allgemeinen die Thiere den Menschen als ein Höheres, insbesondere die intelligenteren unter ihnen; je nach Umständen fliehen sie den Menschen, die reissenden selbst meiden ihn, andere schliessen sich ihm an, indem sie sich ihm unterwerfen. — Die Menschen untereinander verhalten sich in ähnlicher Weise, indem sie zumal die höhere Intelligenz Einzelner meiden oder sich ihr unterwerfen. Uebrigens kommen hier im Besonderen manche eigenthümlichen Verkehrsgestaltungen zum Vorschein. Einerseits ist es die Isolirung, in welche hochbegabte Individuen trotz ihrer Leutseligkeit gleich Monstrositäten (per excessum) seit Demokritos durch alle Jahrhunderte hindurch gerathen, ja die Verfolgung, welche sie von ihren Mitmenschen zu erdulden haben, während sich diese mit, unter ihnen stehenden (defecten) Individuen befreunden. Auf der anderen Seite schaffen sich merkwürdiger Weise die Menschen künstliche Superioritäten, um sie zu fürchten.«

»Man verfällt hier unwillkürlich auf die Frage, wie sich denn die Beziehungen zwischen uns und einem Geschlechte höherer Wesen gestalten würden? Wir wären der Gegenstand der Geringschätzung, namentlich aber von degradirendem Mitleid dieses Geschlechtes; denn mit welch' anderm Gefühl könnte dasselbe bei seiner lebendigen Ueberzeugung von der Nichtigkeit aller Erscheinung uns und unserem Treiben zusehen? Uebrigens würde zu unserer Beruhigung

temissionen mit relativer Klarheit und Ruhe. Dann tritt gewöhnlich plötzlich Genesung ein, d. h. eines Tages zeigt sich der Kranke orientirt über seine Umgebung. Leichtere, vorübergehende Nachschübe können wohl noch folgen; im Ganzen aber vollzieht sich der Umschlag nun stetig, so dass bald volle Erkenntniss folgt.

Bei den männlichen Kranken dieser Gruppe ist keine irgend gemeinsame Ursache nachzuweisen: Erblichkeit, Alkoholmissbrauch, Gemüthsbewegungen und was sonst angeführt wird. Bei dem weiblichen Geschlecht ist wohl die Mehrzahl der Puerperalpsychosen hieherzurechnen, sowohl die als Manie wie als Melancholie bezeichneten. Ripping in seiner vortrefflichen Monographie dieser Psychosen folgt der alten Eintheilung. Fürstner (Arch. f. Psychiatrie Bd. V, Hft. 2 1875) hatte schon früher sehr richtig hervorgehoben, dass bei diesen Kranken das Hauptgewicht auf die Sinnestäuschungen gelegt werden muss, denen sich die Gefühle und Handlungen anpassen. Er nennt diese Puerperalpsychosen hallucinatorisches Irresein und widerlegt sehr klar die Ansicht, dass man es mit Manie und Melancholie zu thun habe. Die Bezeichnung hallucinatorisches Irresein ist allerdings nicht exact, da es auch ganz andere Formen gibt, die diesen Namen beanspruchen können. Ich würde diese Form wegen des kurzen Incubationsstadiums und der kurze Zeit dauernden Reconvalescenz acute Dementia nennen, wenn nicht das Stadium der Akme so lang wäre; es kann auch über ein Jahr dauern. Zum Unterschiede von anderen Formen könnte man immer die Bezeichnung Dementia generalis acuta oder subacuta brauchen. Fürstner macht auf die Aehnlichkeit aufmerksam zwischen seinen Puerperalpsychosen und dem epileptischen Irresein. In der That könnte das epileptische Irresein mit einigem Recht in diese Classe gestellt werden; man sehe sich nur die einzelnen Krankengeschichten von Samt in der oben citirten Arbeit an. Freilich ist nur der Verlauf in den letzteren ein viel kürzerer, wirklich acuter. In dieser Richtung aber könnte man dann noch weiter gehen und das einfache Fieberdelirium oder typhöse Delirium oder das Delirium vemens hieher zählen. Im Höhestadium bieten sie alle ungefähr dasselbe Bild; es wäre aber doch aus vielen und gewichtigen Gründen nicht zulässig, so Ungleiches unter einen Hut zu bringen. Hier mögen diese Hinweise nur dazu dienen, das oben kurz geschilderte Bild durch andere bekanntere Bilder zu vervollständigen oder anschaulicher zu machen. Wirklich verwechselt werden aber kann diese geschilderte Krankheitsform mit dem sogenannten Delirium acutum, das in jeder grösseren Irrenanstalt nicht so gar selten zur Beobachtung kommt. Auffallend ist, dass in der deutschen Literatur meines Wissens nach eine Schilderung dieses Zustandes nicht existirt. In der französischen hat Calmeil ihn schon vor langer Zeit geschrieben (Dictionnaire 1833). Marcé (Traité pratique des Mal. ment. 1862 p. 294) sagt: Das Delirium acutum bricht häufiger bei

Individuen aus, die schon früher an einer chronischen Psychose gelitten haben, seltener eröffnet es die Scene. Der Gesichtsausdruck ist starr wie von Entsetzen, die Augen blutunterlaufen, die Pupillen mittelweit oder verengt, die Zunge und Lippen trocken, der Kopf heiss, der Puls sehr beschleunigt. Die schrecklichsten Hallucinationen quälen diese Kranken; was die ausgestossenen Schreie und Worte beweisen. Die Haut ist mit Schweiss bedeckt; jede Annäherung weisen sie entsetzt zurück und es ist geradezu unmöglich, ihnen Speise und Trank beizubringen; es scheint ein heftiger Vergiftungswahn sie zu beherrschen. Gewöhnlich schon nach einigen Tagen folgt Collapsus und Tod; selten dauert der Zustand länger als eine Woche. Bei den geringsten Graden soll diese Periode auch vorübergehen. Die allgemeine Verwirrtheit, die heftigen Hallucinationen und motorische Unruhe sind beiden Formen gemeinsam, und wenn nun bei unserer Form für einige Zeit Nahrungsverweigerung auftritt, so kann eine Verwechslung leicht statthaben. Das Delirium acutum muss aber wenigstens als Vorstadium einer Meningitis aufgefasst werden; wenngleich es mir nicht gelungen ist, an derartigen Patienten wirkliche Meningitis nachzuweisen. Als Meningitis aber gehört es nicht in den Kreis derjenigen Krankheitsformen, die uns hier beschäftigen; sondern zu den paralytischen Formen.

5. Eine weitere Form von Verrücktheit ist folgende, die man allen übrigen gegenüber als chronische bezeichnen kann, weil sie ein ganzes Menschenleben hindurch dauern kann, ohne einen Abschluss durch wirkliche Genesung oder durch Blödsinn zu finden. Schon zu der Zeit, wo die ersten Anzeichen von Geistesstörung den Angehörigen auffallen, ergibt ein eingehenderes Krankenexamen, dass seit längerer Zeit, seit Jahren, neben Verdauungsstörungen, Hämorrhoiden etc., vage Nervenstörungen vorgekommen sind, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Heftigkeit, Misstrauen, ja sogar Sinnestäuschungen, die theils nicht weiter beachtet, theils verheimlicht worden. In letzter Zeit aber ist durch irgend ein unbedeutendes Ereigniss, oft nur durch einen besonderen Blick oder Geberde das Misstrauen so rege geworden, dass von nun an hinter jeder Handlung, hinter jeder Miene eine versteckte Bedeutung gesucht wird, und zwar glaubt der Kranke sich immerfort hintergangen, beobachtet, bewacht. Das gleichgiltigste Wort dient als neue Bestätigung des gefassten Verdachtes. Auf der Strasse winken sich die Leute zu, wenn der Kranke vorübergeht, ein und dasselbe Individuum begegnet ihm 2—3 Mal an demselben Tage auf der Strasse; offenbar in der Absicht, ihn zu beobachten. Die Polizei weiss um jeden Schritt und hat ihre Späher unter den Fuhrleuten etc. Gewisse Töne, die von der Strasse in das Zimmer dringen, klingen wie der Name des Individuums und auch durch dicke Mauern hört er, wie die Nachbarn von ihm sprechen; gewisse, auffallende Lichtstreifen bemerkt er im Zimmer, als wenn man ihn durch Reflexspiegel aus-

kundschaften wollte. Er empfindet zuweilen einen eigenthümlichen Geruch und nach einigen Speisen fühlt er Brennen im Leibe und Kopfschmerzen. So geht es fort; bei jedem neuen Examen findet man, dass der Kranke neue Belege für seine Meinung gefunden hat und immer fester in seinen Ueberzeugungen wird. Vor allen Dingen leiden diese Kranken in der Folge an perversen Sensationen im ganzen Körper, in der Haut und in den Eingeweiden, und bei vielen von ihnen entwickelt sich der Zustand unzweifelhaft aus reiner Hypochondrie, was auch Westphal für eine Classe von Verrückten angibt. Im weiteren Verlaufe zeigen sich natürlich mannigfaltige Schwankungen und Verschiedenheiten; aber es bleiben dieselben Cardinalerscheinungen, Hallucinationen der Sinne, und namentlich des Gemeingefühls und neben wechselnder Gemüthsstimmung im Ganzen logisches Denken, so weit es nicht durch die Hallucinationen sein Gepräge erhält. Wochen und monatelang können diese Kranken nichts Krankhaftes äussern und dann treten wieder plötzlich die früheren Ideen mit dem früheren Verhalten auf. Anstatt der Remissionen können auch wirkliche Intermissionen auftreten, so dass der Verlauf periodisch erscheint. Zu diesen Ideen von Beeinträchtigung kommen aber mit der Zeit, wie allgemein bekannt, Grössenideen. Nun glaubt der Kranke, der bisher durch geheimnissvoll angelegte elektrische Apparate oder durch Einimpfen und Füttern mit syphilitischem Gift gelitten und um seine Gesundheit gekommen, dass er eine aussergewöhnliche Persönlichkeit sei und übernatürliche Kräfte besitze. Solche Kranke sitzen gerne allein oder gehen in Gedanken vertieft, umher, sind mit Allem unzufrieden, beklagen sich heftig über die Retention in der Anstalt, behaupten, sie seien ganz gesund. Während des gleichgiltigsten Gesprächs fangen sie laut zu lachen an. Wenn ein solcher Kranker allein ist, so hält er halblaute Selbstgespräche oder gesticulirt mit Händen und Füssen, bläst in die Luft, wirft sich auf den Boden, bedeckt den Kopf mit Tüchern, verweigert tagelang jede Nahrungsaufnahme. Bei Befragen erhält man nur selten eine Auskunft. Wegen des Lachens meint er, es sei ihm etwas Komisches eingefallen, wegen der Nahrungsverweigerung, der Kaffee sei ihm zu stark etc. etc. Nur wenn der Kranke in Affect geräth, entschlüpfen ihm Andeutungen wie, er müsse sich die unreinen Geister vom Leibe halten, oder man streue ihm giftige Substanzen auf den Kopf oder in die Speisen. Er ist über das ewige Anblasen oder Elektrisiren entrüstet, oder klagt, dass er geschlechtlich gemissbraucht werde. Auch werden oft bestimmte Personen beschuldigt. Diese Paroxysmen gehen in einigen Wochen vorüber, aber nicht auf lange Zeit. Bei sehr Vielen bleibt der Zustand nun so, es kommen keine neuen Symptome hinzu. Bei Anderen treten in der Folge oder auch von Anfang an die Hallucinationen der höheren Sinne in den Vordergrund. Diese hören immerfort Stimmen, was der häufigste Fall

ist, oder sehen Personen, mit denen sie verkehren. Sie unterscheiden genau weibliche und männliche Stimmen, hören Schimpfwörter und Beleidigungen und beklagen sich darüber bitter. Sie räsonniren dabei ganz logisch und ihre Gemüthsstimmung und ihr Betragen zeigen weniger Abnormitäten als bei den eben Geschilderten; ja es gibt nicht wenige unter ihnen, die das Krankhafte dieser Erscheinungen begreifen und sich dabei höchst unglücklich fühlen. Sie wissen, dass es eine Täuschung ist und dennoch, wenn sie ihre Aufmerksamkeit ganz einer Beschäftigung widmen wollen, flüstert ihnen eine Stimme zu: Lass das bleiben und sieh' nach anderen Dingen etc. Auch diese Kranken bleiben in demselben Zustande durch Jahrzehnte hindurch; wenngleich auch bei ihnen Exacerbationen und Remissionen in gewissen Grenzen vorkommen. Diese primär und chronisch Verrückten stellen das Hauptcontingent zu jeder Irrenanstalt; obgleich eine Anstalt diesen Kranken eigentlich kaum einen Nutzen bringt. Zu dieser Gruppe rechne ich auch die als Melancholie mit Wahnideen und Exaltation bezeichneten Kranken. Im Beginne äussern diese dieselben Wahnideen und Hallucinationen wie die primär Verrückten, Verfolgung, Vergiftung, bevorstehende Gefahren, Martern, Strafen; allein diese Ideen sind begleitet von heftiger Angst und tieferem Ergriffensein des Gemüths. Der Gesichtsausdruck und das ganze Verhalten zeigen es an, dass die Wahnvorstellungen viel tiefer greifen und das ganze Wesen in Aufruhr bringen. Die Idee z. B., dass von gewissen Personen ein Mordanschlag gemacht sei, bringt den Kranken zur Verzweiflung und reisst ihn zum Selbstmord oder anderen Gewaltthätigkeiten hin; die Idee, dass die Speisen vergiftet seien, veranlasst eine vollständige Abstinenz, weil nach genossenen Speisen die Qualen erst recht arg werden. — Auch unter diesen Kranken gibt es nicht wenige, die durch eine lange Reihe von Jahren ausser gewissen Schwankungen keine neuen Erscheinungen zeigen. Wegen dieses Verlaufes eben gehören sie zu den vorher geschilderten chronisch Verrückten; nur möchte ich zum Unterschiede für sie die Bezeichnung „deprimirt Verrückte" für passender halten. Andere von ihnen dagegen machen noch vielfache andere Phasen durch; aber hier wird die Classification wirklich schwierig. Wenn es möglich wäre, bei diesen chronischen Fällen zuverlässige Angaben darüber zu erlangen, ob zuerst nur jene Wahnideen der primär Verrückten vorhanden waren oder auch zugleich jene tieftraurige, bis zur Verzweiflung sich steigernde Angst und Unruhe; dann liesse sich die Frage schon jetzt entscheiden; so kann ich nur mit allem Vorbehalt die Ansicht aussprechen, dass vorzüglich jene Kranken zu stärkeren Exaltationsstadien oder solchen von Hirnstupor tendiren, die von Anfang an als Melancholie mit Wahnideen verliefen oder besser als deprimirte Verrücktheit.

In der Folge also werden viele Kranke zeitweilig sehr aufge-

regt und halluciniren lebhaft; viel häufiger aber verfallen sie in gänzliche Apathie oder Erstarrung. Wenn Westphal in dem erwähnten Vortrage die Kahlbaum'schen Katatoniker zu den primär Verrückten rechnet, so meint er wohl diese Kranken. Sie werden also vollkommen stumm und unbeweglich, sitzen meist vorne übergebeugt und starren vom Morgen bis zum Abend auf einen Punkt. Die Extremitäten sind kühl, blau und schlaff, das Gesicht ist gedunsen, ganz ausdrucklos, die Augen starr, öfter etwas hervorgetreten; die Pupillen aber nicht deutlich verengert oder erweitert. Dazu kommt sehr gewöhnlich eine profuse Absonderung von Speichel. Die Zunge ist belegt, die Verdauung träge und ein übler Geruch verbreitet sich aus dem Munde. In anderen Fällen ist die Musculatur in einem Spannungszustande, das Gesicht sieht aus wie eine Maske, starr und unbeweglich, die Zunge ist steif, die Sprache daher undeutlich. Die Extremitäten zeigen fast wächserne Steifigkeit und verharren längere Zeit in jeder Lage, in die man sie bringt. Dabei besteht meist ein sogenannter negativer Affect, d. h. die Kranken leisten einen gewissen Widerstand gegen jede Manipulation, die vorgenommen wird, wie das An- und Auskleiden etc.

Ich bin, wie gesagt, nicht sicher, ob in der Mehrzahl der Fälle mit Gehirnstupor sich von Anfang an so viel Charakteristisches entdecken lässt, dass sie schon früh mit Sicherheit aus der grossen Gruppe der primär und chronisch Verrückten ausgeschieden werden könnten? Wo aber die Kranken von Anfang an nichts Charakteristisches böten, da muss eine Sonderung im weiteren Verlaufe erfolgen, und zwar aus folgendem Grunde: Die geschilderte, hochgradige Mitbetheiligung der motorischen, vasomotorischen und secretorischen Sphäre pflegt nicht ungestraft vorüberzugehen; es schliesst sich vielmehr direct oder indirect Geistesschwäche, d. h. finaler Blödsinn an. Ganz in den Zustand der primär Verrückten kehren diese Kranken kaum jemals zurück. Daraus aber folgt, dass der pathologisch-anatomische Process im Gehirn ein anderer sein muss, als in den vorher geschilderten Zuständen. Vor einer Vermischung differenter, wenn auch bisher noch so gut wie unbekannter anatomischer Processe haben wir uns aber bei jeder Eintheilung zu hüten. — Es wäre somit jene zahlreiche Gruppe von Kranken, die gewöhnlich als chronische Melancholie oder als Melancholie mit Wahnideen und Exaltation oder Stupor bezeichnet wird, je nach der Schwere der begleitenden motorischen und trophischen Symptome zu spalten und die leichteren Fälle zu den chronisch und primär Verrückten, als deprimirte Verrückte zu rechnen, die schwereren aber als besondere Gruppe hinzustellen.

6. Die Dementia melancholica gravior kennzeichnet sich also durch den geschilderten Hirnstupor, während dessen der Vorstellungsprocess sehr verlangsamt, ja stille zu stehen scheint. In der Dauer dieses Stupors finden nun wieder Schwankungen und Ver-

schiedenheiten statt. Einige Kranke verharren Monate lang in demselben, Andere nur einige Tage, bei noch Anderen wechselt der Zustand längere Zeit ganz regelmässig mit relativ freien Intervallen. Beide Phasen können auch nur von ganz kurzer Dauer sein. Der Stupor geht nicht selten direct in tiefen apathischen Blödsinn über; in anderen Fällen folgen Perioden von grosser Unruhe und heftigen Hallucinationen, die auch sehr gewöhnlich zum Blödsinn führen, oder die Unruhe erreicht nicht diesen hohen Grad und die Kranken zeigen mehr die Eigenthümlichkeiten der reinen Maniaci, d. h. sie sind übermüthig, störend, intriguant, prahlend und lügnerisch. Dem Zustand vor dieser Periode sind sie wohl fast immer unähnlich. Genesungen gehören entschieden zu den Seltenheiten.

Nach allem Obigem würde ich für die Katatoniker Kahlbaum's keine besondere Gruppe aufstellen. Es soll nicht geläugnet werden, dass das Krankheitsbild der Katatonien treu nach der Natur gezeichnet ist; aber diese typischen Fälle sind sehr selten; häufiger kommen Uebergänge zum Hirnstupor mit Erschlaffung der Musculatur vor und da der Verlauf und Ausgang wohl in beiden Variationen der gleiche ist, so könnten sie auch zusammengezogen werden. Soll die Katatonie abgesondert werden, so wäre das die 7. Gruppe, zu der als 8. die Hebephrenie käme, die sich meiner Ansicht nach leichter von allen anderen abtrennen liesse.

Die aufgeführten Kranken bilden neben den Paralytikern das Material der Irrenanstalten. Es gibt gewiss noch einzelne, in keine dieser Gruppen hineinpassende Kranke, sogenannte rarae aves, z. B. die jeder Beschreibung spottenden, unerschöpflich mannigfaltigen, hysterischen Geistesstörungen, bei denen schon die Grenze zwischen Simulation und wirklicher Krankheit bekanntlich so schwer festzustellen ist.

Ein Fall von Psychose bei einem Tabakfabriksarbeiter und über die schädlichen Wirkungen des Nicotins auf das Nervensystem überhaupt.

Von Dr. Alfred v. Laskiewicz-Friedenfeld *).

Angeregt durch eine unter dem Titel: „Chronische Tabakvergiftung“ im Heft Nr. 122 der Volkmann'schen Sammlung klinischer Vorträge vor Kurzem erschienenen Arbeit von F. Dornblüth möchte ich mir erlauben, der geehrten Gesellschaft einen auf der psychiatrischen Klinik und Abtheilung des Herrn Reg.-Rathes Prof. Meynert in der jüngsten Zeit beobachteten Fall von einer Psychose mitzutheilen, welcher bei dem fast vollkommenen Mangel an sonsti-

*) Vortrag gehalten im Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien am

Tabaksaft. So sah man Todesfälle nach Anwendung von einem Klysma aus einem Infusum von 0·8 Gr. Tabak (v. Böck, Handb. der Intoxicationen in v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1876), nach innerlichem Gebrauch von einem Infusum aus 4·0 Gr. Tabak, in einem anderen Falle sogar nach 2·0 Gr. Tabak (Schneider), nach dem Gebrauch von sogen. Rauchklystieren, nach 17·0 Gr. Kautabak, 1 — 2 Gr. Schnupftabak, nach 17 — 18 Pfeifen, in einem Falle schon nach 2 Pfeifen (v. Schroff). Namius erzählt von einem Contrabandisten, der grosse Mengen von Tabaksblättern unter seinem Hemd, direct an der Haut anliegend, trug und Symptome einer subacuten Nicotinintoxication darbot.

Frischer, besonders feuchter Tabak, hat eine stärkere locale Wirkung, enthält mehr brenzliche, theerartige Verbindungen. Nach Verschlucken von concentrirtem sog. Tabaksaft trat fast regelmässig der Tod ein (Marchaud). Die häufigsten Fälle von Nicotinvergiftungen werden durch übermässiges Rauchen starken Tabaks provocirt. Im Rauche fand Heubel flüchtige Nicotinsalze, welche durch die Lungen eingeathmet, in's Blut übergehen; aber auch die Schleimhaut des Magens und des Rachens können die Resorption von Nicotin vermitteln. Oppolzer sah bei einem jungen Manne, der mit der Cigarre im Munde einschlief, Bewusstlosigkeit, Krämpfe, Cyanose und Tod unter asthmatischen und comatösen Erscheinungen. Im Urin fanden sich in Fällen acuter und subacuter Tabakvergiftung nur Spuren von Nicotin, während alle übrigen Secrete, sogar der Schweiss und das Fruchtwasser nicotinhältig waren, wie wir es schon erwähnt haben. Nur bei Injectionsversuchen mit Nicotin in's Blut bei Thieren haben sich grössere Mengen von diesem Alkaloid im Blute vorgefunden. Bei der Section (v. Ziemssen, l. cit. p. 454) werden beim Menschen folgende Veränderungen nach einer acuten Nicotinvergiftung gefunden: Hyperämie der Meningen und des Gehirns, vermehrte Serummenge in den Ventrikeln, Hyperämie und Hämorrhagien in einigen Unterleibsorganen u. a. m.

Die angeführten Beispiele von Tabakvergiftungen beweisen die bei verschiedenen Menschen sehr variirende, individuelle Toleranz gegen den Tabak, was sich auch durch Zahlen bei Thierexperimenten nachweisen lässt. Manche Menschen haben eine förmliche Idiosynkrasie für den Tabak, bekommen gleich nach dem ersten Rauchversuch nervöse, zuweilen Gefahr drohende Zufälle, nicht unähnlich der Seekrankheit (Dornblüh): heftigen Kopfschmerz, Schwindel, Ueblichkeiten, Erbrechen, Asthma; sogar an's Rauchen Gewöhnte müssen es manchmal einstellen, wenn sie z. B. irgend wie erkrankt sind oder aus anderen unbekannten Gründen.

Die Erscheinungen der chronischen Intoxication mit Tabak zeigen eine gewisse Aehnlichkeit mit denen einer acuten oder subacuten Vergiftung; manche Symptome zeigen nur graduelle Unter-

schiede. Man fand: eine allgemeine Schwäche, Abgeschlagenheit, leicht eintretende Müdigkeit, Unlust zur körperlichen, noch mehr zur geistigen Arbeit, Unfähigkeit zu arbeiten, traurige, fast weinerliche Stimmung, Kopfschmerzen, Schwindel, Angst, gesteigerte Empfindlichkeit für allerhand Reize, verminderten Geschlechtstrieb, Impotenz, Zittern der Extremitäten, Coordinationsstörungen; ferner: Herzklopfen, Kurzathmigkeit, besonders abendliche Anfälle von Angina pectoris (Präcordialangst), Kolik, Durchfall und Strangurie. Einige erzählen von ernsten psychischen Störungen, wie Verfolgungswahn, Verrücktheit (?) (diese Angaben, die von keiner psychiatrischen Autorität herrühren, sind nur cum grano salis zu nehmen). Die Kranken, die oft einen Ekel vor dem Tabak spüren, von Uebelkeit und Erbrechen befallen werden oder einen subjectiven Geschmack und Geruch nach Tabak bekommen — was als Prodromalerscheinungen einer Vergiftung angesehen wird — sind dennoch nicht im Stande sich des Tabakgenusses zu enthalten. Zuweilen sah man auch bei chronischer Intoxication Krämpfe und Paresen. Die Kranken werden schwächer, blutärmer, bekommen eine schmutzig gelbe Hautfarbe, zeigen Erscheinungen von einer traurigen, melancholischen Verstimmung; in Tabakfabriken starben sie an Tuberculose (Hirt, Krankh. der Arbeiter Bd. III). Manche Kranke sind sehr erregbar, leiden an Pollutionen; bei Fabriksarbeiterinnen werden häufigere und profuse Menses und Abortus beobachtet; die Arbeiterinnen altern sehr schnell, bekommen ein kachektisches Aussehen; ihre Kinder sterben sehr bald nach der Geburt; in der Milch und im Liquor amnii der Arbeiterinnen wurde Nicotin nachgewiesen (Merkel, Gewerbekrankheiten; v. Ziemssen, Handb. d. sp. Path. u. Th. I. Bd.). Sehr intensiv ist die Wirkung des Nicotins auf die Sinnes-, und Nerven-Centra. Von den Veränderungen von Seite des Gehörs haben wir schon oben erwähnt; ich füge nur bei, dass sich bei chron. Intox. nicht selten eine Hyperästhesie des Gehörnerven vorfindet; die Schwerhörigkeit ist meist durch Katarrh des Mittelohrs bedingt. Ritter fand Accommodationsabnahme des Auges; Raymond sah Drucksteigerung des Augapfels. Mackenzie beschrieb zuerst die Amblyopia nicotianica; es tritt Nebelsehen ein; bei Tag sehen die Kranken schlechter, sie unterscheiden ungenau die Farben (Sichel, Masselon); das Gesichtsfeld wird zuweilen verengt, es zeigen sich Scotome. Diese Störungen hängen vermuthlich von Veränderungen im Centralorgan ab (Leber, Krankh. des Opt. und der Retina, im Handb. der gesammten Augenheilk. v. Gräfe-Sämisch V. Th. II. Hälfte 1877 S. 880).

Hutchinson fand Veränderungen wie bei Neuritis retrobulbaris, die Papilla n. opt. ist blass, Arterien verengt; H. glaubt, es gehe der Anämie eine Hyperämie voran. In 2 Fällen constatirte H. vollkommene Amaurose in Folge von Atrophie des N. opt. In diesen Fällen fand H. bei den Kranken Kopfschmerzen, Schwindel,

Schlaflosigkeit und Schlafsucht (im anderen Falle); nach H. könne der Alkohol die Symptome der Nicotinvergiftung abschwächen oder sogar beseitigen.

Die meisten Beobachter glauben, der Alkohol beschleunige und vergrössere die schädliche Wirkung des Nicotins. In einem Falle von Kosmiński (Warschauer Klinik VIII. S. 12), wo der Kranke Tabaksaft auf einen hohlen Zahn applicirte, trat plötzliche Erblindung, Mydriasis und Ohnmacht ein; Aderlass, kalte Umschläge und Sinapismen haben Heilung herbeigeführt. Die Amblyopia nicot. ist sehr selten, so dass ich z. B. auf der v. Arlt'schen Klinik in 6 Jahren unter ca. 30.000 Augenkranken, worunter ca. 15.000 Krankheiten des Augengrundes waren, nur 5 Fälle gesehen habe, in welchen bei Abusus nicot. man andere ätiologische Momente: Affection des Cerebrum oder der Medulla, Alkoholismus, Blendung ausschliessen musste; ich sah blasse, weissliche oder grau decolorirte Papillen bei engen Centralgefässen. Beim Gebrauch von leicht diaphoretischen und resolvirenden Mitteln, bei Anwendung von JKa innerlich oder von Ungu. cin., welche bei anderen im Blute circulirenden Virusarten Hilfe schaffen, beim Gebrauch von Strychnininjectionen ad tempora und bei sonstigem augendiätetischen Verfahren (dunkle Brille etc.) trat, so lange die Kranken sich des Rauchens enthielten, Besserung oder Heilung ein, sobald die Kr. zu rauchen anfingen, kehrte die Sehschwäche und die anderen nervösen Erscheinungen wieder. Es wurde auch mit Erfolg der Inductionsstrom in Anwendung gezogen, eben so grosse Dosen von Morphium und auch das bei Vergiftungen mit Alkaloiden günstig wirkende Tannin.

Es ist bekanntlich eine allgemeine Eigenschaft der Alkaloide, und mehrerer anderer Arzneimittel, ebenso wie des Alkohols, dass sie in kleinen Gaben hauptsächlich auf das Nervensystem erregend und dann lähmend oder in grossen Dosen von vornherein deprimirend einwirken, dass sich aber der Organismus (auch der thierische, wie Experimente zeigten, Traube) mehr oder weniger leicht gewöhnt, sobald sie nur in sehr kleinen Mengen — selbst durch viele Jahre und Jahrzehnte hindurch — genommen werden. Das Nervensystem solcher Individuen zeigt sich nach einiger Zeit für die gewöhnliche Dosis wie abgestumpft, reagirt scheinbar darauf gar nicht, so dass solche Leute sich genöthigt fühlen, mit der Menge des einzunehmenden Mittels gradatim zu steigen, um sich bei erregter Phantasie in eine behagliche Stimmung zu versetzen und eine Berauschung herbeizuführen (Potatoren, Opiumesser) oder um sich für eine Zeit lang von unsäglichen Qualen und heftigen Schmerzen (bei einem chronischen Leiden) zu befreien; so nahm z. B. eine 80jährige Frau gegen ihr langwieriges, schmerzhaftes Leiden $^1/_2$ Unze Opium täglich und verzehrte in 40 Jahren 6 Centner Laudanum (Schroff l. cit.).

Es gibt aber Alkaloïde, an die sich der Organismus gar nicht

gewöhnen kann, wie z. B. das Strychnin, das Digitalin; die Wirkungen der einzelnen Dosen summiren sich und dieselbe Menge eines dieser Alkaloïde, welche der Mensch (oder ein Thier) einige Male genommen und vertragen konnte, übt, in kurzer Zeit oder nach 24 Stunden hintereinander gereicht, oft eine deletäre Wirkung aus. Beim Atropin, bei den Chinaalkaloïden ist dasselbe, wenn auch im geringeren Grade der Fall. Es zeigt sich aber bei einer genaueren Beobachtung, dass dieselbe Erscheinung (Cumulirung), wenngleich in viel geringerem Grade, auch bei einigen anderen Alkaloïden, ebenso wie beim Alkohol bemerkbar ist; hier summirt sich ebenfalls die Wirkung einzelner Portionen, man braucht es — je nach der Individualität — mehr oder weniger Jahre, bis sich einmal die Folgen einer chronischen Vergiftung geltend machen. So findet man bei den Opiophagen und beim Morphinismus, neben einer Kachexie, eine ganze Reihe nervöser Störungen (Lerinstein), auf welche wir hier nicht eingehen können. Mässige Trinker, welche Jahrzehnte hindurch tagtäglich eine gewisse, nicht grosse Menge von Alkohol zu sich genommen haben, ohne auch einmal berauscht gewesen zu sein, zeigen oft gar keine, ihnen selbst oder der Umgebung auffällige Symptome; der Arzt wird aber auch in solchen Fällen eine gewisse Unruhe, leichte Erregbarkeit, Tremor der Hände und Zunge oder leichte Paresen, eine leichte Sprachestörung nicht übersehen; es finden sich ausserdem noch gewisse materielle Veränderungen im Organismus, wie z. B. Fettdegeneration der Leber, Hypertrophie des Unterhautfettgewebes, Dilatation und Verfettung der Hautgefässe, neben verschiedenen Akmeformen. Wenn solche Individuen eine acute, fieberhafte, besonders aber schmerzhafte Affection, z. B. eine Verwundung, einen Knochenbruch acquiriren, dann bricht erst das Delirium tremens in diesen Fällen als eine Art accidenteller Wundkrankheit aus. Die chronische Alkohol-Intoxication begünstigt aber auch, als ein prädisponirendes Moment, das Auftreten von progressiver Paralyse der Irren, insbesondere unter Hinzutritt von anderweitigen Gelegenheitsursachen, wie Geld- und Geschäftsverlusten, Kummer, Kränkungen, Sorgen, geistiger Ueberarbeitung oder körperlicher Ueberanstrengung, Herabsetzung der allgemeinen Ernährung in Folge unzureichender Nahrungsaufnahme, ungenügender Assimilation der eingenommenen Nahrung oder in Folge von chronischen, mit Säfteverlust verbundenen Allgemeinerkrankungen. In diesem Sinne (nämlich als ein prädisponirendes Moment) möchte ich die Rolle, welche in unserem Falle die chronische Nicotinvergiftung spielen könnte, auffassen. Die eben zu schildernde Krankheit zeigte eine ausgesprochene Aehnlichkeit mit den Anfängen (sog. prämonitorischen Erscheinungen, Sander) einer progressiven Paralyse. Nach Leudet treten die Erscheinungen einer chronischen Intoxication am leichtesten bei solchen Arbeitern in Tabakfabriken ein, welche selbst viel rauchen und an

gastrischen Störungen leiden, was eben auch bei unserem Kranken der Fall war. Im Allgemeinen soll das Kauen oder Schnupfen des Tabaks viel seltener Intoxications-Erscheinungen nach sich ziehen, als das Einathmen oder Verschlucken des Rauches, da einerseits gerade beim Verbrennen Nicotinverbindungen sich in grösserer Menge entwickeln und andererseits die Schleimhaut der Nasen- und Rachenhöhle viel weniger resorptionsfähig ist, als die des Magens und der Lunge (Bronchien). Bei übermässiger Anstrengung und dürftiger Nahrung treten besonders in gesperrten Räumen früher die Intoxications-Erscheinungen ein. Man sprach dem Nicotin die cumulative Wirkung ab, jedoch mit Unrecht; gegenwärtig wird die Summirung der Einzelwirkungen auch beim Nicotin von den meisten Autoren, auch bei Thieren (Traube), angenommen, ebenso wie auch bei Thieren die individuelle Toleranz experimentell sich nachweisen lässt.

Die Arbeiter in Tabakfabriken leiden sehr oft an Magenkatarrh oder an Cardialgien, an Diarrhöen oder Obstipation, an Pollutionen; sehr oft kommen Neuralgien an verschiedenen Körperstellen vor; psychische Störungen kommen zuweilen auch vor; das Gedächtniss nimmt ab; die Leute werden ängstlich, leiden an Verfolgungswahn; die Bewegungen, der Gang sind oft unsicher. Oft kommt die Tuberculose vor; Zenker und Merkel fanden braune Körperchen im Lungenparenchym (Staubinhalations-Krankheiten, Handb. der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gewerbekrankheiten; v. Ziemssen's spec. Path. u. Ther., Bd. I. 1874, S. 533.) Unser in der Fabrik selbst wohnende Kranke musste, da er den ganzen Tag hindurch mit dem Schneiden, Wickeln und Sortiren trockener Tabaksblätter beschäftigt war, sehr viel Tabakstaub einathmen; ausserdem war er selbst ein passionirter Raucher (rauchte bis 20 Cigarren im Tage.)

9. April l. J. wurde auf die Klinik der 40jähr. Grieche N. D. B. aufgenommen. Aus den sehr dürftigen Angaben im Parere des Fabriksarztes konnte man nur so viel entnehmen, dass der Kranke seit ein paar Jahren an chronischem Magenkatarrh und an einer Leberaffection leidet und seit mehreren Wochen auffallend traurig, melancholisch geworden ist. Wir haben die meisten Daten von der Umgebung des Kranken und von ihm selbst erfahren. Patient, welcher durch 3 Jahre in einer Tabakfabrik in Wien beschäftigt, sich durch seltenen Fleiss und Ausdauer auszeichnete, hat sich seit 4—6 Wochen wesentlich verändert; er arbeitet selten und sehr wenig, meistens gar nichts, ruhte nachdenkend während der Arbeitsstunden oder schlief bei seinem Arbeitstische ein; sprach mit sich selbst unverständliche Worte, zeigte sich auffallend zerstreut, verworren; war meistens traurig und niedergeschlagen, sehr träge in seinen Bewegungen; während er früher sehr oft in der Gesellschaft von Freunden und Collegen war, sich oft recht gern unterhielt und ziemlich gesprächig, mitunter lustig war, ist er in der letzten Zeit

einsam, wortkarg geworden, zog sich zurück, mied den Verkehr mit Collegen und Freunden und ist gleichgiltig gegen diese geworden. Als ihn auf der Klinik seine Freunde besuchten, so fing er einmal an, nachdem er ein paar Worte mit ihnen gewechselt, sich mit etwas Anderem zu beschäftigen, ging auf und ab, beachtete die Freunde gar nicht und erwiederte nicht ihren Abschiedsgruss; später wurde der Kranke zugänglicher und gesprächiger und unterhielt sich sehr gern mit seinen Collegen. Zu Hause war er einmal so zerstreut, dass er z. B. eines Tages eine goldene Uhr in die Schmutzwäsche warf. (Auf der Klinik liessen sich bei ihm keine ähnlichen, etwa auf Bewusstseinspausen zu beziehenden Zustände constatiren.)

Der Kranke war von ziemlich starkem Knochenbau, mit schlaffer Muskulatur, etwas hängenden Gesichtszügen, mit dem Ausdrucke von Erschöpfung und Apathie; die Schleimhäute blass, die der Zunge leicht graulich belegt; Hautcolorit schmutzig gelblich-weiss. Pupillen mittelweit, die rechte etwas weiter. Der linke N. facialis etwas schwächer. Leichter Sprachfehler (wahrscheinlich angeboren.) Händedruck von mässiger Stärke. Unbedeutender Tremor der Zunge und der Hände. — Pat. gibt an, bis vor einem Jahre stets gesund gewesen zu sein. Seine Eltern leben, sind ziemlich gesund; nur die Mutter leidet öfters an Kopfschmerzen. Bis vor drei Jahren lebte er in Constantinopel, wo er ein selbstständiges Tabakgeschäft hatte; er habe grosse Geldverluste erlitten, musste das Geschäft verkaufen und kam nach Wien, wo er, wie erwähnt, drei Jahre fleissig in einer Tabakfabrik arbeitete und ganz zufrieden mit seiner Stellung und Beschäftigung war. Das würde beweisen, dass Pat. während dieser Zeit, nach erlittenen Geld- und Geschäftsverlusten nicht nur körperlich, sondern auch geistig vollkommen normal war, dass somit die deprimirenden Affecte — Kummer, Sorgen, Verdruss, Geld- und Geschäftsverluste — welche in vielen Fällen das ätiologische Moment zur Entstehung der progressiven Paralyse abgeben, auf unseren Kranken ohne einen wesentlichen Einfluss geblieben sind.

Der Kranke, welcher eine weniger durch den Kraftaufwand, als vielmehr durch ihre Gleichförmigkeit ermüdende Arbeit hatte, strengte sich in letzter Zeit auch ganz besonders geistig an. Er fing an, die deutsche Sprache aus der Grammatik zu lernen; nach Aussage des Lehrers machte er gar keine Fortschritte, hatte ein sehr schlechtes Gedächtniss, obwohl er sehr fleissig war und die Arbeit oft unterbrechend, verschiedenes auswendig lernte, mit sich selbst, aber nicht mit der deutschen Umgebung sprach und den ganzen Tag die Grammatik bei sich hatte und las. In früheren Jahren habe er — nach eigenem Geständnisse — onanirt (was vielleicht für eine nervöse Veranlagung des Pat. spricht.)

Vor einem Jahre erkrankte Pat. an einem Magenkatarrh, welcher chronisch geworden sein soll; Pat. hatte wenig Appetit, hatte ein

drückendes und umschnürendes Gefühl im Magen; Erbrechen fehlte. Seine nicht immer zweckmässige Ernährungsweise dürfte den Katarrh wahrscheinlich verursacht und unterhalten haben; es wurde angegeben, dass der Kranke des Morgens grosse Quantitäten von Käse und harten Eiern verzehrte. Eine Cur in einer Kaltwasseranstalt brachte keine Erleichterung. Der Kranke bekam dann noch Schmerzen im Hypochondrium, besonders im rechten; die schneidenden cardialgischen Schmerzen erreichten einen noch höheren Grad von Intensität. Beim Druck auf die Magen- und Lebergegend zeigt sich keine Empfindlichkeit; mittelst Palpation oder Percussion lässt sich nichts Abnormes an den Bauchorganen nachweisen; auch konnte die physikalische Untersuchung der Thoraxorgane nichts Abnormes auffinden. Eine Erhöhung der Sensibilität lässt sich beim Pat. nicht constatiren. 2 Monate vor seiner Aufnahme ins Spital hatte Pat. Diarrhöe, welche 3 Wochen währte und den Kranken sehr erschöpft hatte. Sonst war und blieb der Stuhlgang regelmässig.

Die Function der Sinnesorgane war normal; Pat. konnte den gewöhnlichen Zeitungsdruck anstandslos lesen; die ophthalmoskopische Untersuchung ergab eine ganz geringe Blässe, eine kaum nennenswerthe Decoloration der Papille und eine leichte Verengerung der Gefässe..

Während seines 46tägigen Aufenthaltes auf der Klinik wurden beim Pat. keine Erscheinungen von Magenkatarrh bemerkt; der Kranke ass mit Appetit; die neuralgischen Sensationen wurden seltener, sind aber noch nicht ganz zurückgegangen. — Die Therapie bestand im inneren Gebrauche von Jodkalium und Ferrum oxyd. dialys. Nachdem Pat. nach 46tägigem Aufenthalte im Spitale entlassen wurde und sich von der Arbeit auch später enthielt, stellte er sich am 5. Juli 1878 nochmals vor; er sah besser aus und mit Hebung der Ernährung verschwand die gedrückte traurige Stimmung und die Apathie. Die neuralgischen Sensationen im Unterleibe sind aber zurückgeblieben; es traten noch ein unangenehmes Kollern und Gurren hinzu. —

Bei starken Rauchern habe ich ausser der Amblyopia nicot., Katarrh der Conj., der oberen Respirationswege, des Rachens und der Magenschleimhaut, ebenfalls asthmatische Anfälle, verbunden mit Kopfschmerz, Zittern, einem Schwächegefühl, besonders in den Füssen, Leichenblässe des Gesichtes, Angst und andere nervöse, bereits oben erwähnte Erscheinungen wiederholt gesehen.

Eulenburg (v. Ziemssen, Handb. d. spec. Path. u. Ther., XII. Bd., II. Hälfte, S. 35; „vasomot. Tropho-Neurose“) sah exquisite Anfälle von Angina pect. bei einem anämischen siechen Cigarrenarbeiter, welcher seit mehreren Jahren eine sehr grosse Anzahl starker Cigarren täglich rauchte; Aehnliches haben Savalle, Championnère, Blatin beobachtet. Beau erwähnt 8 Fälle, in

denen die Anfälle mit dem Aussetzen vom Rauchen ausgeblieben und wieder gekommen sind, als die Betreffenden zu rauchen anfingen.

„Bei einzelnen Individuen," sagt Griesinger, „kann schon mässiges Rauchen die Functionen des gesammten Nervensystems beträchtlich afficiren; wiewohl keine Fälle vorzuliegen scheinen, wo man dieses Moment als das einzige beschuldigen könnte, so ist an der Mitwirkung desselben in manchen Fällen von Schwächung und Zerrüttung der Hirnfunctionen nicht zu zweifeln."

Nach Schüle (Handb. der Geisteskrankheiten; v. Ziemssen's Handb. der spec. Path. und Ther., XVI. Bd., S. 352) sind bestimmte ätiologische Beziehungen des Tabaks zu Psychosen noch nicht mit der wünschenswerthen Genauigkeit festgestellt; dass aber solche auch vorhanden sind, ja vielleicht noch weiter hinabreichen, auf Erzeugung hereditärer Uebertragung, resp. Degenerationen, möchte nach der zweifellosen Einwirkung des Nicotins auf das Nervensystem, mehr als wahrscheinlich sein.

Fall von Gesichtshallucinationen bei vollständiger Blindheit.

Von Dr. med. P. Kowalewsky, Privat-Docent der Psychiatrie in Charkoff, Vorsteher der Abtheilung für Psychose und Nervenkranke im Charkoff'schen Gouvernements-Landschafts-Hospital.

Die Frage über die Entstehung von Hallucinationen befindet sich gegenwärtig fast noch im primitiven Zustande. Viel Zeit und Arbeit sind noch erforderlich, um die eine oder die andere Entscheidung treffen zu können. Sogar die Frage ist noch nicht entschieden, ob die Hallucinationen der Sinnesorgane ein Produkt der centralen Thätigkeit der Sensibilitäts-Sphäre sind, oder ob bei ihrer Entstehung auch die Peripherie der Sinnesorgane eine Rolle spielt. Es liegen Facta vor, welche zu Gunsten der ersteren, und auch solche, welche zu Gunsten der zweiten Annahme sprechen. Das Richtige liegt, dem Anscheine nach, zwischen beiden Meinungen, oder genauer, in der Vereinigung beider. Allein das ist nur dem Anscheine nach. In der That kann die Frage nur durch Facta und durch die Zeit entschieden werden. Angesichts einer solchen Lage der Dinge scheint es mir, dass die Veröffentlichung von Fällen, welche in einer oder anderen Richtung von wirklichem Interesse sind, nicht ohne Nutzen sein wird. In meiner Krankenabtheilung*) kam unlängst ein Fall vor, welcher augenscheinlich nicht ohne

*) Psychiatrische Abtheilung des Charkoff'schen Gouvernements-Landschafts-Hospitals.

Interesse für die oben erwähnte Frage ist. Ich erlaube mir, denselben der Beachtung meiner Collegen vorzulegen, indem ich dabei ergebenst bitte, demselben nicht etwa die Bedeutung beizulegen, als ob meine Ansicht in Betreff der oben erwähnten Frage zu Gunsten einer ausschliesslich centralen Entstehung der Hallucinationen neige. Ich wünsche um so weniger einer ausschliesslich centralen Entstehung der Hallucinationen beizustimmen, als ich in meiner Praxis eine genügende Anzahl von Fällen aufzuweisen habe, welche für die vollständig entgegengesetzte Ansicht sprechen. Für mich ist das Factum von Wichtigkeit — aller Schlussfolgerungen enthalte ich mich.

Am 19. October 1877 wurde im Charkoff'schen Irrenhause ein aussergewöhnlich tobender Kranker untergebracht. Aus der Benachrichtigung der Kreis-Landschafts-Verwaltung war zu entnehmen, dass der Kranke der Bauer A. W. ist — und weiter nichts. Nach der Genesung desselben konnte man dann schon erfahren, dass er orthodoxer Religion, lange verheiratet und ohne Kinder, dass er 46 Jahre alt ist, sich mit Ackerbau beschäftigt, nicht lesen und schreiben kann, und an der betreffenden Krankheit bis zu seinem Eintritt in das Krankenhaus gegen einen Monat gelitten hatte. Der Vater des Kranken war ein starker Säufer und zwei Jahre vor seinem Tode erblindet, seine Mutter war eine kränkliche Frau. Anlage der Familie zu Psychose und Neurosen traten nicht zu Tage. W. selbst hatte von Kindheit an an nichts gelitten, war zu Hause unter den gewöhnlichen bäuerlichen Verhältnissen erzogen worden und half als Knabe Vater und Mutter bei der Arbeit. 18 Jahre alt, nahm er fast die ganze Wirthschaft auf sich, weil der Vater oft trank und dadurch die Geschäfte ruinirte, dann aber heiratete er bald und schied aus der Familie aus. Ungefähr vor fünf Jahren fuhr W. in die Stadt und kehrte von dort mit einem Geschwür an dem Penis zurück. Darauf zeigten sich der Reihe nach: Ausschlag am ganzen Körper, Halsschmerz und Heiserkeit. Vor anderthalb Jahren bemerkte W. im rechten Auge ein bedeutendes Abnehmen der Sehkraft — bald darauf wiederholte sich dasselbe auch bei dem linken Auge. Ungefähr vor 9 Monaten wurde der Kranke auf beiden Augen vollständig blind. Zugleich mit der Schwächung der Sehkraft traten bei ihm schreckliche Kopfschmerzen ein, zuweilen wurden diese Kopfschmerzen von Krämpfen bei halb oder ganz bewusstlosem Zustande begleitet, letzterer hielt nicht länger als 20 Minuten an. Ueber 20 Tage vor seinem Eintritte in's Krankenhaus verlor W. das Bewusstsein, und begann heftig zu toben, weshalb er auch zu mir gebracht wurde; an alles vom Beginn der Krankheit selbst kann sich der Kranke entschieden nicht erinnern. W. hat nie Schnaps getrunken. Bei seinem Eintritt in das Krankenhaus sah W. wie folgt aus: Mittleren Wuchses, mässiger Körperconstitution, Gewicht 152 Pfund, der Kopf von

einer kleinen Anzahl zerstreut sitzender Haare bedeckt. Form des Kopfes oval, ohne Unregelmässigkeiten in der Entwicklung, oder Missgestaltungen, grösster Schädelumfang 55 Ctm., vom proc. occipit. extern. bis zur glabella 30 Ctm., von einem Ohr zum andern 29 Ctm., gerader Schädeldurchmesser 20 Ctm., Querdurchmesser 16 Ctm., rechter Seitendurchmesser 19 Ctm., linker Seitendurchmesser 19·5 Ctm., Durchmesser der Schädelhöhe 13·5 Ctm., Stirnhöhe 5·5 Ctm., Stirnbreite 15 Ctm., Stirndurchmesser 13 Ctm. Das Gesicht drückt heftigste Erregung und Furcht aus, die Augen richten sich fixirend bald auf verschiedene Punkte im Raume mit ungewöhnlicher Aufmerksamkeit, bald wenden sie sich schnell von einem Gegenstande zum andern. Die Augen glänzend, theilweise mit Blut unterlaufen, die Pupillen erweitert, auf Licht absolut nicht reagirend, Lichtempfindungen fehlen vollständig; bei Untersuchung des Kranken im ruhigen Zustande, von mir sowohl als auch in der ophthalmologischen Klinik, wurde zwei Mal vollständige Atrophie der Sehnerven constatirt (atrophia nervorum opticorum). Das Gehör bis auf's äusserste verfeinert — das geringste Rasseln oder Geräusch lenkt die Aufmerksamkeit des Kranken auf sich; bei Untersuchung des Gehörorgans im ruhigen Zustande hörte der Kranke das Ticken meiner Taschenuhr mit jedem Ohre auf eine Entfernung von Einem Meter. In den Händen und am ganzen Organismus ist ein schwaches Zittern bemerkbar; Puls 108, Temperatur, dem Anfühlen nach, schwach erhöht, eine eingehendere Untersuchung des Kranken war seiner Unruhe halber unmöglich vorzunehmen.

Der Kranke befindet sich in äusserst unruhigem Zustande; er sieht überall Türken und hört ihre Stimmen, was bei ihm solche Furcht und solchen Schrecken hervorbringt, dass er beginnt unnatürlich zu schreien, sich vorwärts und nach den Seiten zu werfen. In dem Bestreben, sich von den ihn quälenden und in Furcht setzenden Hallucinationen zu befreien, wirft sich der Kranke gegen Wand, Thüre und Fenster, wobei aus diesem ungeregelten Toben weniger ein Angriff auf die betreffenden Türken, als eine Vertheidigung gegen sie zu bemerken ist. Das geringste Geräusch, das entfernteste Gespräch ruft bei ihm einen unnatürlichen Schrei hervor; oft, scheinbar ohne sichtlichen Grund, springt der Kranke aus dem Bette und wirft sich auf die vermeintlichen Türken, mit dem schrecklich ausgestossenen Schreie: „O, Hilfe, rettet, wer an Gott glaubt!“ Nur warme Bäder milderten in etwas die Wuth des Kranken. In diesem verhältnissmässig stillen Zeitraume versuchte man dem Kranken Speise zu bringen, kaum aber hat er 3 oder 4 Bissen genommen, so fliegen Tasse, Löffel und Inhalt unter wildem Geschrei des Kranken an die Wand oder die Decke. Schon auf den ersten Anblick konnte man auf absolute Blindheit des Kranken schliessen, weil er im Gehen an Wand, Thüre, Bett oder Fenster anrannte. Der Kranke wurde im Kranken-

hause um 10 Uhr Morgens eingeliefert, den ganzen Tag nahm er nur einige Bissen Speise zu sich. Sein Toben zog sich den ganzen Tag durch hin, häufig periodisch, wellenartig, bald stärker, bald schwächer werdend. Den Impuls zum Toben und wüthenden Schreien bot entweder ein wenn auch ganz geringes Geräusch, oder innere Erregung, aller Wahrscheinlichkeit nach Gesichtsempfindungen, was ich daraus schliesse, dass der Kranke sich sofort auf einen bestimmten Punkt stürzte und ihn zu umkreisen anfing. Um 12 Uhr Nachts hörte sein Toben momentan auf und der Kranke versank in Schlaf. Am anderen Tage liegt der Kranke die ganze Zeit im Bett, antwortet kein Wort, verändert seine Lage nicht und begehrt nichts. Dem Zwang unterwirft er sich passiv, ohne sich zur Wehr zu setzen; so geht er auf die betreffende Aufforderung zur Wanne und sitzt im Bade die ganze Zeit ruhig, das angebotene Mittagessen und Thee isst und trinkt er, Arznei nimmt er ein, stellt Versuche an, um etwa gestellten Anforderungen zu entsprechen. Alle Bewegungen sind welk, langsam, gezwungen. Die übrige Zeit des Tages verbringt er im Bette stumpf und unbeweglich. Puls 72, Temperatur 37°. Fragen lässt er ohne jede Antwort. Genau um 12 Uhr Nachts ertönte der erste Schreckensschrei, und von neuem beginnt das frühere Toben, in nichts von dem des vorigen Tages abweichend. Von neuem dieselben Gesichtshallucinationen, von neuem derselbe Schreck, dieselbe Angst, wieder dasselbe Toben und dasselbe wilde Schreien. Auf die Frage, wo denn die Türken seien, und wo er sie sehe, antwortete der Kranke: hier, und zeigt dabei den Platz, wo er die Türken sieht. Dieses Toben dauerte wieder bis 12 Uhr Nachts, wo dann der Stupor wieder anfing, der bis 12 Uhr der folgenden Nacht dauerte, und dann wieder in das alte Toben überging. Solcher Wechsel von Toben und Stupor waren 10, wobei er nach dem letzten Tobanfall ruhig einschlief, bis zum Morgen schlief, und Morgens doppelt erwachte — von Schlaf und Krankheit. Hierbei setzte den Kranken seine Umgebung in die äusserste Verwunderung; aus den ihn umgebenden Stimmen und Gegenständen erkannte der Kranke, dass er sich irgendwo an einem neuen Orte befinde, und dass mit ihm irgend etwas neues vorgehe. Von seiner letzten Krankheit weiss er absolut nichts, und erinnert sich an nichts, die Erzählungen der Zeugen des Geschehenen setzten ihn in die äusserste Verwunderung.

In diesem Augenblicke wurde auch die oben erwähnte Anamnese der Krankheit aufgesetzt, die bis jetzt gar nicht bekannt gewesen war, da man den Kranken ohne alle Erläuterungen eingeliefert hatte.

Der Kranke verblieb darauf in meiner Abtheilung gegen 3 Monate und während dieser Zeit traten an ihm keine psychisch-pathologischen Besonderheiten zu Tage.

In Anbetracht der ungemein starken Hallucinationen, der schrecklichen Furcht und der Angst des Kranken und dem unge-

wöhnlichen, allem Anscheine nach von Hallucinationen abhängenden Toben des Kranken, in Anbetracht dessen, und bei dem Fehlen jeder Anamnese, setzte ich schon auf den ersten Anblick epileptisches Toben voraus. Verlauf und Ende der Krankheit, ebenso wie die aufgenommene Anamnese, gaben mir volles Recht, hier Epilepsia psychica anzunehmen, d. h. Ersetzung der Anfälle epileptischer Krämpfe durch epileptisches Toben.

Während des besinnungslosen Zustandes des Kranken nahm der Kranke täglich ein:

R. Kali jodat. ʒ j
Natr. bromat. ʒ jjj
Codeini puri ℈ j
Aq. lauroces. ʒ j
— destillat. ʒ jjj
D. S. 3mal einzunehmen.

R. Chinin. muriat ℈ x
2 Pulver täglich
Kühlung des Kopfes
2 Bäder, 28° R., jedes zu 2 Stunden und während dieser Zeit eine Eisblase auf den Kopf.

Bei Aufhören des Tobens und bei Wiederkehr des Bewusstseins wurden dem Kranken antisyphilitische Mittel verordnet.

Der gegenwärtige Fall bietet ein dreifaches Interesse:

Erstens treten bei dem Kranken bei voller Abwesenheit von Lichtempfindungen, bei Atrophie der Sehnerven, während der Tobanfälle ungemein starke Hallucinationen des Sehorgans ein.

Zweitens stellte der Typus der Krankheit an sich eine äusserst stark ausgeprägte Stufe von intermittirender Psychose dar, ein Fall, der äusserst selten vorkommt, und

Drittens hatten die Hallucinationen das Ereigniss des Tages, den Krieg, zum Gegenstand. Der Kranke ist ein friedlicher Bauer, hat niemals etwas mit Türken zu thun gehabt, sie nie gesehen, und phantasirt doch von Türken und sieht solche vor sich. Ich halte es nicht für überflüssig, hinzuzufügen, dass ausser diesem noch zwei Kranke da waren, deren Delirien Türken zum Gegenstande hatte — auch sie waren nicht Soldaten — andererseits phantasirten Soldaten, die auf dem Kriegsschauplatze oder bei der Rückkehr von dort erkrankt waren, nie von Türken.

Die Ausstellung der Wiener Landes-Irrenanstalt zur Feier ihres 25jährigen Jubiläums 1878.

Es ist hier nicht der Ort, die principielle Frage zu erörtern, ob Irrenanstalten berufen sind, Ausstellungen zu veranstalten, und ob davon eine grössere Aufklärung der Bevölkerung erwartet werden kann gegenüber den unglücklichen Geisteskranken, als sie bis nun zu Tage tritt. Eine Anstalt, wie die Wiener, wo alle Räume des Hauses tagtäglich so viele Besuche der in ihr befindlichen Kranken erhalten, steht ja unter

der lebendigen Controle der Bevölkerung, die sich überzeugen kann, dass Geisteskranke Menschen sind wie andere, ja ordnungsliebender und vernünftiger Behandlung häufig zugänglicher, als so viele Personen, die in der Aussenwelt leben.

Da eine Jubiläums-Ausstellung veranstaltet wurde, so war es ein glücklicher Gedanke, dieselbe zu einer Darstellung der Irrenanstalts-Verhältnisse im engeren und weiteren Vaterlande zu benützen, und dadurch die Kenntniss des heimischen Irrenwesens zu verallgemeinern und Anregung für kräftigere Entwicklung desselben zu geben.

Und in dieser Richtung ist auch die Ausstellung als sehr gelungen zu bezeichnen; ebenso wie sie über Unterricht, Statistik, Beschäftigung und Fortbildung der Kranken Interessantes zur Anschauung brachte.

Das Arrangement war schön und übersichtlich und machte den damit Betrauten alle Ehre. Es zeigte das Anstaltswesen nach Landesgebieten. Der Raum dieses Blattes gestattet nicht ausführlich einzugehen in die Details der Ausstellung, doch wollen wir das Interessanteste hervorheben.

Besehen wir uns vorerst die vorhandenen und projektirten Anstalten, so fehlt leider die neue böhmische Anstalt in Dobřzan, welche nach dem Zerstreuungssysteme erbaut wird. Sie wird die erste grosse Anstalt in Oesterreich nach diesem Systeme, und hat seinerzeit der vom Primararzte Gauster gestellte und vom Director Schlager lebhaft unterstützte Antrag bei der Enquête über den Bau dieser Anstalt auf Annahme der Combination des Systems geschlossener Anstalten mit dem zerstreuter Häuser lebhaften Widerstand von fachärztlicher Seite gefunden; der Antrag drang aber doch durch, und die Pariser Weltausstellung sah die vom böhmischen Landtage genehmigten in Ausführung begriffenen Pläne und decorirte sie. Die Ausstellung von Paris verursachte demnach diese Lücke bei der Fachausstellung in Wien, die jedoch durch die Ausstellung zweier gekrönter Concurrenzpläne nach demselben Programme von Schlimp (229) und Janowski (258), welche nicht zur Ausführung angenommen waren, zum Theile ausgefüllt wurde. Wir sahen hier, und dann in den leider durch Beschluss des niederösterreichischen Landtages, keine neue Anstalt zu bauen, derzeit gegenstandslos gewordenen Plänen einer niederöst. Landes-Irrenanstalt zu Oberhollabrunn, die Hälfte der Kranken in einer geschlossenen Anstalt, die andere Hälfte theils in zerstreuten Gebäuden zwischen 12—40 Kranke, theils in der Waschanstalt und in einer Colonie (Oekonomie) untergebracht; in dem böhmischen Programme ging man trotz ursprünglicher Gegnerschaft gegen die Zerstreuung der Kranken noch weiter, indem man die geschlossene Anstalt in Pavillons zerlegte, die mittelst bedeckter Gänge verbunden sind, was sicher vom hygienischen und psychiatrischen Standpunkte manchen Vortheil bietet.

Eine kleine neue Anstalt in Klagenfurt — die von Fach- und anderen Aerzten sehr günstig geschildert wird, welche vom Architekten Professor Bäumer unter Leitung des Primararztes Gauster entworfen und vom Primararzte Birnbacher in der Ausführung und inneren Einrichtung geleitet wurde — hat auch die Grundzüge dieses Systems zur Richtschnur, eine kleine Centralanstalt mit durch bedeckte Gänge verbundenen Abtheilungen für Unruhige und isolirten Pavillons für Unreine; die Vergrösserung der heute $^3/_4$ Jahr nach Eröffnung gefüllten Anstalt war s. Z. durch weitere Einzelhäuser angedeutet, und wird wohl auch in dieser Weise seine Durchführung finden müssen. Auch in der Wiener Anstalt sehen wir ein detachirtes Gebäude (eines statt der von den Aerzten beantragten zwei) als Zuwachs neben neuen Abtheilungen für Unruhige, die durch bedeckte Gänge mit der Centralanstalt verbunden sind, und neben einem anderen detachirten Gebäude, das in seinem oberen Stockwerke für Kranke benützt wird.

Wir haben obige Pläne zuerst hervorgehoben, da sie unserer Ueberzeugung nach einen entschiedenen Fortschritt im Anstaltswesen zeigen, wenn auch hie und da in noch unvollkommener, noch durch Ersparungsrücksichten verkümmerter Weise. Auch die neue, im Baue begriffene Anstalt in Croatien*), welche sehr hübsch ist, dürfte ihre Vergrösserung s. Z. in dieser Art anstreben. Die Anstalt in Oberhollabrunn ist durch das Terrain wesentlich geschädigt; wenn das Programm zu dieser Anstalt das einer Musteranstalt baulich gerecht werden sollte, und das von einer Enquête von Fachmännern gutgeheissen worden, einmal seine Durchführung findet, so muss es auf einem geeigneteren Platze geschehen.

In den anderen Anstalten ist das System geschlossener Anstalten nach verschiedenen Systemen, Staffelform, Flügelbau, Viereck u. s. w. vertreten; wir finden auch die Pläne des alten Irrenthurms schrecklichen Angedenkens. An manchen Orten ist der Centralanstalt ein Pensionat oder Colonie angefügt; letztere, in bestehenden Gebäuden errichtet, ist der projectirten geschlossenen Anstalt in Studenc (Krain) angefügt.

Wir sehen, wie an so vielen Orten Erweiterung der bestehenden Anstalten angestrebt wird; eine grössere Colonie ist nicht vorgeführt. Leider hat Prag diesbezüglich nichts ausgestellt. Böhmen hielt sich von der Ausstellung ganz fern; warum der Separatismus sich geltend machte, das wissen wir nicht; es hätte auch ohne seinen dankenswerthen Fortschritt in Dobržan durch die Colonie Slup sehr Interessantes bieten können, nicht durch Pläne, sondern durch statistische Mittheilungen über die Zahl der in Slup in baulich nicht der Beschränkung unterworfenen Räumen verpflegten Kranken, über Morbilität und Mortalität alldort

*) Vide Nr. 2, 1878 dieses Blattes.

(also bei Arbeit im Freien) gegenüber denen in der Mutteranstalt, über die finanziellen Erfolge, die dort freilich in erster Linie, wie überall, dem ökonomischen Eifer und Verständnisse des die Colonie leitenden Primararztes Kratochwill zu verdanken sind.

Das wäre von vielseitiger Anregung gewesen heute, wo man im Systeme kleiner Anstalten, bis höchstens 400, wie es das Ideal vergangener Zeiten war, nicht mehr das einzig Richtige erkennt, und aus ökonomischen Rücksichten für grössere Anstalten, 600 und 700 plaidirt, gewiss von doppeltem Werthe; um so mehr, da die landwirthschaftliche Arbeit immer umfassender als eine der besten Beschäftigungs-, eines der dankenswerthesten Heilmittel in einer Irrenanstalt erkannt wird. — Zum ersten Male sehen wir auch die Pläne von Kulparkow (Galizien 324), eine streng geschlossene Anstalt, wie die der seit Decennien erbauten, riesigen, von diesem Standpunkte aus geschickt entworfenen Anstalt in Ofen (337), die bezüglich der Communicationen sehr interessant ist, reizend gelegen, aber durch ihre quadratische Form und durch ungenügenden Wasserbesitz hygienisch weniger entsprechend.

Steiermark führt eine Reihe verschiedener Pläne vor, von den Bestrebungen für eine neue Anstalt in Messendorf an bis auf Feldhof, welche als geschlossene Centralanstalt ein Pensionat und eine kleine Colonie in detachirten Gebäuden besitzt, und ein schönes Asyl darstellt, dem aber in seinen Anlagen eine ausreichende Beschattung fehlt und noch lange fehlen wird.

Der hübsche Staffelbau in Niedernhart (Oberösterreich 312), nach Spurzheim's und Schlager's Rathschlägen gebaut, ist eine gute Durchführung dieser Form einer geschlossenen Anstalt.

Man sieht die Länder Oesterreichs wetteifern im Bestreben, allgemach den gesteigerten Anforderungen des Irrenwesens gerecht zu werden; was der Staat in dem 5. und 6. Decennium dieses Jahrhundertes (Prag, Wien) begonnen, das führen die Länder in immer umfassenderer Weise trotz der grossen finanziellen Opfer durch: freilich stehen wir in dieser Sache noch weit hinter Baiern, westlichem Preussen, Frankreich u. s. w. zurück, der Schweiz und Englands gar nicht zu gedenken. Damit aber das geldarme Oesterreich diese Beispiele nachahmen könne, bedarf es der Erkenntniss, dass man auch billiger und allmälig bauen kann, und dies ist durch das System detachirter Häuser möglich, wenn wir erst recht praktisch dabei geworden sind,

(Schluss folgt.)

Personalien.

Auszeichnung. Herr Prof. Dr. Ludwig Schlager, Director der n. ö. Landes-Irrenanstalt in Wien, erhielt Titel und Charakter eines k. k. Regierungsrathes.

Ernennung. Herr Dr. Frank, Secundararzt des k. k. Rudolfspitals, zum Assistenten der psychiatrischen Klinik an der Wiener Landes-Irrenanstalt statt Dr. Svetlin, der die Privat-Irrenanstalt der verstorbenen Frau Pabst (Wien III. Bez.) mit Dr. Zimmermann übernimmt.

Todesfall. Dr. Matthias Schasching. dirigirender Primararzt der oberösterreichischen Landes-Irrenanstalt Niedernhart, k. k. Sanitätsrath, starb am 26. August nach langem Leiden. Geb. 1809 zu Mühlbach bei Engelhartszell, studierte er zuerst Theologie, doch bald wurde er Mediziner, promovirte in Wien 1845, war Secundararzt im k. k. allgem. Krankenhause, sodann Substitut des Salinenarztes in Ischl, später nach zweijährigem chirurgischen Studium bei Prof. Schuh Assistent der Chirurgie in Salzburg, und am 15. August 1850 Hauswundarzt der oberösterreichischen Irrenanstalt. Er wirkte mit dem früheren Primararzte Dr. Knörlein eifrigst für Verbesserung des Irrenwesens im Lande und für Erbauung einer neuen Anstalt, die im Jahre 1867 eröffnet wurde, Nach dem Tode Knörlein's wurde er 1872 ihr leitender Arzt. Er führte dort das no-restraint-System ein, und erfreute sich der Liebe seiner Kranken und Untergebenen in ungewöhnlichem Grade; er lebte ganz und mit aller Aufopferung seinem schweren Berufe. Möge ihm die Erde leicht sein!

Erledigte Stellen.

Primararztes-Stelle in der oberösterreichischen Landes-Irrenanstalt Niedernhart bei Linz, Gehalt VII. Rangsklasse, fl. 2000 bis 2400, Aktivitätszulage. Naturalquartier. Gesuche bis 16. Dezember d. J. an den oberösterr. Landes-Ausschuss, unter Nachweisung des Doctorates der gesammten Heilkunde und der bisherigen praktischen Verwendung, namentlich bei Geisteskranken.

In der Landes-Irrenanstalt Valduna in Vorarlberg, welche gegenwärtig unter Leitung des Directors Dr. Carl Eugen Höstermann steht, ist die Stelle eines Secundararztes zu besetzen.

Mit derselben ist, nebst freier Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Verpflegung I. Classe, ein Jahresgehalt von Fünfhundert Gulden ö. W. verbunden, wobei eine vierteljährige Kundigung vorbehalten wird.

Schriftliche Bewerbungen unter Beifügung der Zeugnisse und einer kurzen Darstellung des Lebenslaufes, sind bis 15. Dezbr. 1878 an die Direction der Landes-Irrenanstalt in Valduna zu richten.

Bregenz am 25. October 1878.

Vom vorarlbergischen Landes-Ausschusse.

Berichtigung.

Löbliche Redaction!

In den Bericht über den „Irrenärztetag in Wien“ hat sich eine kleine Unrichtigkeit eingeschlichen, um deren gütige Correctur ich ersuche. Pag. 80 heisst es: „Solche Kranke — — welche sich entkleiden und sich so verkühlen können u. s. w., müssen oft durch Zwangsmittel geschützt werden.“ Ich vertrete aber gerade die entgegengesetzte Ansicht und habe mich im 128. Band der Prager Vierteljahrschrift deutlich ausgesprochen: „Doch geht er (Blandford) zu weit, und kann ich ihm ganz entschieden nicht beistimmen, wenn er im Entkleiden der Kranken, Liegen am Fussboden — — Anzeigen für Zwang sieht. Man sorge für gehörige Beheizung der Zellen, so werden sich die Kranken nicht verkühlen, wenn sie am Boden liegen (eine sehr zweckmässige Methode zur Erwärmung des Fussbodens hat Hasse in Königslutter eingeführt) — ich ziehe die Indicationen für die Zwangsjacke weit, weit enger — und beschränke sie mit Dahl in Retwold auf chirurgische Krankheiten, Augenleiden und einige ganz besondere Fälle, deren Details nicht hierher gehören“ (p. 25). In derselben Weise habe ich mich auch in Wien ausgesprochen mit Detaillirung der besonderen Fälle (Neigung zur Selbstverstümmlung).

Dr. M. Smoler.

In demselben Berichte pag. 80 Z. 14 u. 15 v. unten soll es heissen: „bestimmte Anzeigen sollten hiefür nicht aufgestellt werden.“

Meynert.

Correspondenz.

Herrn Dr. Pick, Prag. Im Nachhange zu meinem Briefe theile ich mit, dass Ihre Wiederaufnahme in den Verein für Psychiatrie u. forens. Psychologie beschlossen wurde.

Herrn Primar. Dr. N., Krakau: Ihrem werthen Verlangen nachgekommen.

Herrn Dr. Pr—g, Cilli: Das Blatt von Nr. 1 1878 an zugesendet.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

Inserate.

Zur Auswahl unter den Bitterwässern.

Der Geh. Ober-Medicinalrath Herr Prof. Dr. FRERICHS in Berlin

sprach am 30. Juli 1877 in seiner Klinik bei Gelegenheit der Vorstellung eines Falles von günstig verlaufenem Ileus, veranlasst durch Coprostase, über die Anwendung der Bitterwässer Folgendes:

„Es ist nothwendig," sagte er, „bei ihrer Verordnung die Unterschiede zu beachten, welche in der chemischen Zusammensetzung und in der von dieser abhängigen Wirkungsweise begründet sind."

„Will man lediglich durch vermehrte Absonderung der Drüsen des Darmrohres den Inhalt desselben verflüssigen und entleeren, so sind alle mehr oder minder brauchbar, je nach ihrem Gehalt an Bittersalz und Glaubersalz; die ungleiche Concentration lässt sich ausgleichen durch die grössere oder kleinere Gabe."

„Sie dürfen indess in dieser Weise nur vorübergehend eingreifen, weil bei anhaltendem Gebrauche die Vorgänge der Verdauung und Blutbereitung wesentlich beeinträchtigt werden und bei schwächlichen, blutarmen Individuen das Allgemeinbefinden erheblich geschädigt werden kann, um so leichter, je concentrirter das Wasser und je stärker sein Einfluss auf die Darmschleimhaut ist."

„Wesentlich anders gestaltet sich die Wirkung, wenn grössere Mengen Kochsalz neben den genannten Salzen vorhanden sind, wie im **Friedrichshaller Bitterwasser**; hier kommt der günstige Einfluss des Chlornatriums auf die Vorgänge der Digestion und der Diffusion, sowie auf den Stoffwandel im Allgemeinen zur Geltung; **die Wirkung ist eine mildere, auch bei längerem Gebrauche weniger erschöpfende und demnach nachhaltigere.**"

Die Brunnen-Direction Friedrichshall
(b. Hildburghausen.)
C. Oppel & Co.

Oesterreichische
Aerztliche Vereinszeitung.

Blätter für ärztliches Vereinswesen und öffentliche Gesundheitspflege.

Organ des österreichischen Aerztevereinsverbandes.

Herausgegeben und redigirt von **Dr. Carl Kohn.**

Erscheint am 1. und 15. eines jeden Monats, mindestens 1 Bogen stark. Jahrespreis: 3 fl. ö. W., für Mitglieder des österr. Aerztevereinsverbandes: 2 fl. ö. W. jährlich. Man pränumerirt in der Administration: Wien, Oberdöbling, Alleegasse 7.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen (in Wien durch **W. Braumüller & Sohn**):

Ueber das Verhältniss

der

Mikrocephalie

zum

Atavismus.

Vortrag in der 2. Allgemeinen Sitzung der 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel gehalten von

Professor Dr. **Chr. Aeby**

aus Bern.

Lexikon-Octav. Geheftet. Preis 1 Mark.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Soeben erschien und ist durch **W. Braumüller & Sohn** in Wien zu beziehen:

Handbuch der Geisteskrankheiten

von

Dr. Heinr. Schüle,

Arzt an der Irrenheil- und Pflegeanstalt Illenau.

gr. 8. Preis complet: 13 Mark.

(Erscheint zugleich als XVI. Bd. zu v. Ziemssen's Handbuch.)

Leipzig, 28. August 1878.

F. C. W. Vogel.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Soeben erschien und ist durch **W. Braumüller & Sohn** in Wien zu beziehen:

Allgemeine

Psychopathologie.

Zur Einführung in das Studium

der

Geistesstörungen

von

Dr. H. Emminghaus,

Docenten an der Universität Würzburg.

gr. 8. 479 Seiten. Preis 9 Mk.

1878. Nr. 6.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. **Moriz Gauster** und Reg.-R. Prof. Dr. **Theodor Meynert.**

Das Blatt erscheint in sechs Nummern zu $1^1/_2$—2 Bogen. Preis des Jahrganges **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.** Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. **Moriz Gauster**, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. **Meynert**, IX. Pelikangasse 12. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Meynert: Die Nervenzelle ist das functionelle Centrum in der Grosshirnrinde. — Memorandum des Vereines für Psychiatrie in Wien betreffs Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand. — Protokoll der Sitzung vom 27. November 1878. — Die Ausstellung der Wiener Landes-Irrenanstalt zur Feier ihres 25jährigen Jubiläums 1878 (Schluss). — Correspondenz. — Buchschau. — Personalien. — Briefkasten. — Pränumerations-Einladung.

Die Nervenzelle ist das functionelle Centrum in der Grosshirnrinde.

Von Theodor Meynert.

Seit meinen Veröffentlichungen über die Grosshirnrinde und ihre örtlichen Verschiedenheiten in den Jahren 1867 und 1870 an carminisirten Abschnitten, haben einige ausgezeichnete Untersucher durch Heranziehung neuer Methoden, nämlich der Behandlung zarter Rindenstückchen mit Ueberosmiumsäure (Rindfleisch, Boll), ferner der Vergoldung feiner Rindenabschnitte mittelst Goldchloridkaliums (Gerlach, Boll), hauptsächlich eine feinere Darstellung der grauen Zwischensubstanz geleistet, und allen voran hat Jastrovitz, ferner Boll die Entwicklungszustände in der Rinde bis zur bleibenden Gewebsformation studirt. Dabei ist die centrale Bedeutung der Ganglienzelle bestritten worden. Henle wendete viel Dialektik auf, um dem Marke die centrale Leistung zu vindiciren und, von Arndt und Besser abgesehen, hat Rindfleisch die positive Meinung ausgesprochen, dass die „reizbare" Substanz in der grauen Substanz, das Grundgewebe nicht in die Ganglienzellen zu verlegen sei. Boll hat, in all zu schüchterner Weise sich auf die

Purkinje-Zelle in der Kleinhirnrinde berufend, die centrale Bedeutung der Nervenzelle wieder betont. Man könnte etwa glauben, es stünden sich hier zwei gleichberechtigte Hypothesen gegenüber. Darum will ich im Folgenden zeigen, dass die alte Anschauung über die Bedeutung der Nervenzelle gar keine Hypothese, sondern eine beweisbare Thatsache sei, dass dieselbe ein Centrum von Lebensäusserungen sei, nicht minder wie ein einzelliges, protoplasmatisches Urthier.

Die Masse der grauen Substanz steht in keinem Verhältnisse zu der Masse der Nervenkörper und Fasern des Gehirnes, sondern ist in abundanterer Weise als im Menschengehirne bei Thierhirnen vorhanden, und zwar steigt der Gehalt an grauer Substanz mit der Entfernung vom menschlichen Typus und andererseits mit der Einfachheit der Hirnoberfläche. Die Vergleichung der oberflächlichsten Schicht der Grosshirnrinde, welche eine verschwindend kleine Anzahl von Nervenkörpern enthält, mit den anderen, reichlich mit solchen bevölkerten durch Messung, ist zur schlagendsten Beweisführung geeignet. Sie misst beim Menschen nur $^1/_{10}$—$^1/_8$, bei kleineren Affen $^1/_7$—$^1/_6$, beim Hunde $^1/_6$, bei der Katze $^1/_5$, der Fledermaus $^1/_4$, bei Kalb und Reh $^1/_3$ der gesammten Rindenbreite. Ihre absolute Breite von nur 0·25 des Menschen, wird von der Fledermaus durch 0·30, vom Kalbe durch 0·40 und vom Reh durch 0·50 Mm. dieser Breite übertroffen. Diese graue Substanz zwischen den Nervenelementen stellt unter dem Mikroskope eine Substanz aus dichten, dunkleren Punkten in lichterer Umgebung dar. Sie enthält geformte Bindesubstanz-Elemente, Sternzellen, mit fibrillärer, aus deren Ausläufern gebildeter Durchflechtung, und ausserdem noch eine zweite Art fibrillärer Durchflechtung, welche von den Fortsätzen der Nervenfaser herstammt. Dies zeigte mir schon nach Härtung in doppeltchromsaurem Kali und Carminisirung entwässerte und in Nelkenöl aufgehellte feine Rindenabschnitte. Doch wurden durch methodenreiche Studien zunächst von Jastrovitz und Boll weitere Details gewonnen und die gewonnene Kenntniss sichergestellt. Nachfolgende feinere Beschreibung der grauen Substanz in der Grosshirnrinde ist zugleich für die gesammte graue Substanz massgebend. Die Rindenoberfläche grenzt an die Pia mater. Es besteht kein epicorticaler Lymphraum, wie Goll und Golgi durch vorwurfslose Injectionen der Lymphgefässe der weichen Hirnhaut erwiesen haben. Der grauen Substanz gehört eine Art Grenzmembran, membrana limitans, an. Dieselbe besteht aus Bindegewebszellen mit feinsten, sehr zahlreichen Fortsätzen, welche mit den Bindegewebszellen in der grauen Substanz vollständig übereinstimmen. Durch den verschiedenartigen richtenden Einfluss, welchen die Elemente in den Gewebsanordnungen erfahren, sind die Fortsätze des äusseren Zellen des flächenartig über die Rindenoberfläche ausgebreitet, während vom anderen Ende der Zellen sich sogenannte

Stiftfortsätze nach Löwe bis 0·125 Mm. lang und verästigt in die Rinde begeben, den Stützfasern der Retina nicht unähnlich. Somit ist das äusserste der Rinde eine epithelartige Anordnung von Bindegewebszellen, deren Form sich am besten in dem Blatte einer Fächerpalme versinnlicht, dessen Stiel rechtwinkelig von der Blattfläche in die Rinde abgebogen wäre. Fleischl beschrieb eine nach Versilberung der Rindenoberfläche darstellbare gefensterte Cuticula als äusserste Oberfläche der Rinde, welche Boll als Eiweisshäutchen in den Fibern der sehr zarten Erhebungen des Rindenbeleges durch die flachen Bindegewebszellen auslegt. Die Pinselzellen nach Boll's Benennung kommen in minderer Anzahl und ohne die fächerpalmenartige Form in der ganzen grauen Substanz vor. Gliazellen — nach Jastrovitz's Benennung sind sie von sehr wechselnder Form, von einfachen, den Spindelzellen der Sehnen gleichenden, bis zur Umgebung durch zahlreichste, feinste, nach Boll unverästigte Fortsätze. Die Grösse der Zellen schwankt von 4 bis 17 Mm. (Jastrovitz). Oefter ist der Körper ansehnlich, öfter innerhalb der Fortsätze verschwindend. Boll beschreibt nach Zupfpräparaten das Protoplasma um den Kern der Gliazellen als eine zwischen den höchst feinen, pinselartigen Fasern (Fortsätzen) gar nicht contourirte körnige Substanz. Die zweite Form nicht nervöser Elemente der grauen Substanz sind die Gliakerne, welche mit der körnigen Grundsubstanz zusammenhängen. Sie sind bei Neugeborenen zahlreicher und in den äusseren Rindenschichten am dichtesten. Ihr Protoplasma ist von der körnigen Grundsubstanz nicht trennbar. Boll hat am bebrüteten Hühnerei zwar nicht jenes Stadium beobachtet, in welchem statt des Continuum der Grundsubstanz getrennte Embryonalzellen zu sehen wären, doch beobachtete er, dass die granulirte Substanz aus einer mit gleichmässig sphärischen Punkten durchsetzten protoplasmatischen Formation schon früh ein verändertes Ansehen gewinnt. Das Wesen des neuen Bildes liegt in einer reihenartigen Gruppirung der zusammenklebenden Körnchen wie frischer Reif, die besonders in der Nähe der doppelt contourirten Kerne und in einer gewissen Convergenz gegen dieselben auftritt. Dies gleicht einer formativen Thätigkeit von Zellen. Nach diesen Erscheinungen dürfte man vielleicht annehmen, dass, trotzdem das Protoplasma der Zellen confluirt ist, und gesonderte Zellen nicht mehr nachzuweisen sind, dieselben doch virtuell und physiologisch als getrennte Zellindividuen aufzufassen sind. Die Kerne rücken durch überwiegendes Wachsthum der Grundsubstanz (Vergrösserung der Granula, Boll) aus einer dichten Anordnung weit auseinander. Die granulirte Substanz ist stark glänzend, hängt absolut nicht mit den Nervenfibrillen, noch mit den Bindegewebsfibrillen zusammen, sondern hängt ihnen bei der Zerzupfung nur an (Jastrovitz, Boll). Die granulirte Grundsubstanz ist stark eiweisshaltig. Boll erklärte dies dahin, dass es aus (con-

fluirten) ursprünglich bindegewebigen Embryonalzellen stamme und dass ihr Eiweissgehalt analog sei der körnigen Eiweisssubstanz, welche überall bei der Entwicklung des fibrillären Bindegewebes neben und mit den Fibrillen gebildet wird. Es persistirt in gewissen Bindegewebsgebilden nur sparsam, in anderen reichlich das Leben hindurch. Jastrovitz schreibt der granulirten Substanz in der Rinde die Leistung der Isolirung der Nervenfibrillen zu, weil auch im Marke die Axencylinder zuerst durch dieselbe granulirte Substanz getrennt werden, ehe diese sich in die Markscheide des Axencylinders umwandelt. Durch die Darstellung von Jastrovitz und Boll auch nachträglich widerlegte besondere Ansichten haben Besser, Arndt, Rindfleisch und Henle entwickelt.

Die gesammten Nervenkörper der Rinde bestehen aus hüllenloser, protoplasmatischer Substanz mit feiner, nicht immer gleichmässig vertheilter Körnung. Diese Körnung involvirt zugleich eine in Grad und Vertheilung verschiedenartige Pigmentirung des Protoplasma. Nach Remak und Max Schulze ist das Protoplasma der Nervenkörper von feiner Streifung durchsetzt, welche Boll nach Behandlung mit Ueberosmiumsäure auch für die Pyramiden der Rinde bestätigt. Die Streifung der Ganglienfortsätze war schon früher bekannt. Diese Fortsätze sind den Axencylindern der Nervenfasern gleichwerthig. Der Streifung wegen sollen der Ganglienfortsatz und der Axencylinder keine morphologischen Elemente sein, sondern Fascikel derselben feinsten Fibrillen darstellen, welche in wirbellosen Thieren einzig vorhanden und die elementare Nervenfasern sind (M. Schulze). Diese Fortsätze und Axencylinder gehen aus den Ganglienzellen hervor, in deren Protoplasma sie pinselförmig zerstreut wären in der Richtung von einem Fortsatz zum andern, oder nach dem Kern hin, der auch von solchen Fibrillen wie umkreist erscheint. Die Fibrillen verlieren sich in einem gekreuzten Gewirre. Schon Max Schulze hat an die mögliche Auffassung gedacht, dass die Ganglienkörper durch die Anordnung seiner Fibrillen eine Art von Plexus darstellen, und das Protoplasma von aus- und eintretenden Fibrillen nur durchzogen werde. Darauf hin haben andere Autoren die wahre Endigung der Fibrillen im granulirten Grundgewebe gesucht, wo nach dem Ausdrucke von Rindfleisch das Fädige und das Körnige ineinander übergehen. Gerlach hat hierauf unmittelbar nach der höflichen Einleitung, er könne diese Angabe bestätigen, dieselbe widerlegt, indem er nach Chlorgoldkaliumbehandlung darlegte, dass nach den allerfeinsten Theilungen der Ganglienfortsätze ihre Ausläufer in ein Netzwerk übergehen. Vorher gab schon Jastrovitz mit grösster Bestimmtheit an, dass wann immer er Fäserchen mit der körnigen Grundsubstanz belegt sah, das „feinste Ende des Fäserchens“, das „Fädige“ noch deutlich über das „Körnige“ hinauslief. Boll erklärte, dass gerade die von Rindfleisch verwendete Methode mit Ueberosmiumsäure am

geeignetsten sei, die Selbstständigkeit der feinsten Fibrillen innerhalb der körnigen Substanz zu beweisen.

Anschauungen, welche die Nervenkörper ihrer Bedeutung als Centra entkleiden und in eine diffuse Substanz, wie die körnige Grundlage der grauen Substanz, den anatomischen Nervenursprung verlegen, schneiden den anatomischen Bau von jedem Verständniss seiner physiologischen Beziehungen ab. Ueberraschender Weise wäre dabei der Ganglienkörper mit der Verästigung seiner Fortsätze der Gegensatz zur Bedeutung der Spinne in ihrem Netz. Das thätige Wesen läge nicht im spinnenden Körper, sondern innerhalb der Verbreitung des Gespinnstes. Es lässt sich eine solche anatomische Anschauung aber zweifellos innerhalb einer Feinheit des Gewebsbaues aufstellen, welche isolirten Angriffen des physiologischen Versuches auf zweierlei Massen wie Ganglienkörper und Zwischenmasse der Spielraum versagt. — Wenn nun zunächst auf jeden noch immer wohlberechtigten Zweifel verzichtet wird, als könne die Streifung der Ganglienkörper auf Täuschung beruhen, die etwa durch blosse Faltung, durch veränderte Spannungsverhältnisse an einem aus seiner allseitigen Fixirung durch Verästlung losgelösten isolirten Körpers entstehen kann, so verweisen doch rein anatomische Gesichtspunkte uns dahin, die Nervenkörper der Rinde, beispielsweise die Pyramiden, als ein selbstständiges Element innerhalb des Netzwerkes der Fortsätze anzuerkennen.

1. Von dem Vorhandensein von Bildungszellen in den Vorderhirnbläschen an sind die Nervenkörper selbstständig von der Bildung des Grundgewebes, und, wie die vergleichende Anatomie zeigt, auch lebenslänglich vom Masse der Entwicklung des letzteren. Dagegen ist, wie oben nach Boll bemerkt wurde, das verschmolzene Protoplasma der Grundsubstanz mit seinen Kernenresten anderen Zellindividuen zugehörig.

Die Fortsätze wachsen aus den Ganglienzellen hervor, sind ursprünglich lediglich Verlängerungen ihres Protaplasma, gekörnt, ohne Streifung, und diese protoplasmatische Verlängerung der Ganglienzellen verästigt sich (Boll, l. c. Entwicklung des Hühnchens). Diese protoplasmatische Natur behalten die Zellenfortsätze lebenslang, nicht nur in der Continuität mit dem Protoplasma des Ganglienkörpers, sondern nach Unterbrechung der Körnung in Entfernungen vom Ganglienkörper inmitten der (fibrillären) Streifung (M. Schulze). Der Ganglienkörper ist demnach das von Ursprung an selbstständige Centrum, die Fortsätze und ihre Verästlungen aber Theile des Ganglienkörpers (der Pyramide). Alles zusammen bildet das protoplasmatische Individuum.

Die Streifung liegt ganz innerhalb des letzteren von Fortsatz zu Fortsatz. — Die Axencylinder entwickeln sich aus besonderen, spindelförmigen Zellen in der Markregion (Boll) und ihre eigene protoplasmatische Substanz soll sich, in die graue Substanz der

Rinde verlängert, in ein Netz der feinsten Fibrillen auflösen, welche hypothetisch aber nicht unwahrscheinlich nach Gerlach und Boll sich mit den feinsten Theilungsästen der Ganglienfortsätze verbinden. Die letzteren Fortsätze und die grösste Summe der Axencylinder der Fibrillen stehen also in secundärer Verbindung. Ganglienäste und Axencylinder in ihrem Zusammenhang sind Theile zweier, nicht eines protoplasmatischen Körpers, zweier Zellen. Diese Selbstständigkeit des anatomischen Centrums lässt kaum die Auslegung zu, dass die „Ganglienzelle" functionell der Bedeutung eines Centrums entbehre.

2. Die Zusammensetzung des Axencylinders aus den fibrillären Elementen Schulze's ist kein Ausdruck für die Isolirung dieser Fibrillen, denn der Axencylinder wird erst von der isolirenden Markscheide umgeben. Ursprünglich sind die Axencylinder in der Markleiste durch graue Substanz, gleich der granulirten Grundsubstanz der Hirnrinde getrennt (Jastrovitz, Boll, Flechsig). Jastrovitz zieht daraus den berechtigten Schluss, dass man bei dem erweislichen Fehlen eines Zusammenhanges derselben Grundsubstanz mit fibrillären Elementen (siehe oben) die granulirte Substanz als die Isolirungsmasse zwischen den Fibrillen auffassen muss. Die Isolirung geht demnach in der Rinde weit mehr ins Feine als im Marke, doch behält die isolirende Substanz ihre embryonale Form, weil die granulirte Grundsubstanz sich nicht in Mark umwandelt.

Die anatomische Natur des functionellen Centrums muss aber darin liegen, dass im selben die Isolirung aufhört. Die Streifung der Ganglienfortsätze bedeutet eben so wenig eine fibrilläre Isolirung wie im Axencylinder. Gerade der Zusammenhang der streifigen Ganglienfortsätze mit dem Protoplasma der Rindenpyramide wäre die Verwirklichung jenes Ueberganges vom „Fädigen" und „Körnigen", wo die Isolirung aufhört. Dies ist der Standpunkt, auf welchem die Lehre von den centralen Herden steht, allerdings keineswegs ein neuer Standpunkt, und glücklicher Weise jener, mit welchem die Physiologie auslangt. Gerüttelt könnte unter Annahme der fibrillären Substanz erst dann an der Bedeutung der centralen Bedeutung der Ganglienzelle werden, wenn die feinste Ganglienfibrille sich so von dem Protoplasma isoliren liesse, wie dies in der granulirten Substanz der Fall ist.

Der Ursprung der Axencylinder aus den Nervenkörpern der Rinde verhält sich nach Gerlach in Bezug auf die Pyramiden folgendermassen:

Die Pyramiden schicken von ihrer Basis auf dem kürzesten Wege den mittleren Basalfortsatz, der vielleicht ungetheilt bleibt (Koschewnikow), in das Mark. Ausserdem bildet der Spitzenfortsatz, der, leicht erkennbar, auch von der dritten Schichte aus bis in die äussersten Schichten der Rindenkörper reicht, eine reiche,

besonders endständige Verästlung, deren feinste Ausläufer sich markwärts schlingen, förmlich umbeugen (Boll). Diese feinsten Fäden sammeln sich zur Zusammensetzung stärkerer Fäden, die von mannigfachen Richtungen her sich jenen Axencylindern juxtaponiren, welche aus den Spitzenfortsätzen der Pyramiden hervorgehen als zweite Ursprungsform des Markes (Gerlach). Die eckständigen Basalfortsätze könnten in ähnlicher Form an dem Ursprung des Markes betheiligt sein. Dadurch ist die graue Substanz von den feinsten Nervenfibrillen, die nicht mit ihr zusammenhängen, durchzogen.

Bezüglich der Gruppirung der Ganglienzellen ist es für die Pyramiden sofort klar, dass ihr Caliber regelmässig in directem Verhältnisse zur Entfernung der Pyramiden von den der äusseren Rindenschichte steht, dass sie aussen klein sind, nach innen bis zur „Körnerschichte" immer grösser werden. Der Spitzenfortsatz hat nicht blos eine endständige Verästelung, sondern sendet schon näher dem Protoplasma seitenständige Fibrillen ab, die an der Bildung des, die ganze Rinde durchsetzenden sogenannten Fasernetzes theilnehmen. Man kann nach den Eindrücken, welche ich auch an den Präparaten Gerlach's selbst, Dank seiner Freundlichkeit, gewonnen, nämlich keine anderen Knotenpunkte als die Ganglienkörper wahrnehmen, so dass die feinen Fasern für sich kein Netz, sondern einen Filz zu bilden scheinen. Auf je längeren Strecken der Rindenbreite der Spitzenfortsatz Aeste in das Fasernetz abgibt, desto mehr Fibrillen sind in ihm enthalten, desto mächtiger muss er selbst sein. Indem aber die Fibrillen ihre Verknüpfung in dem Protoplasma der Pyramiden finden, so ergibt sich, dass mit der Mächtigkeit der Fortsätze oder der Zahl ihrer Fibrillen auch zugleich die grösseren Pyramiden auftreten. Ich brauche kaum zu bemerken, dass die kleineren, doch von der Rindenoberfläche entfernten, pyramidenförmigen oder andere Nervenkörper auch ihr Verästlungsgebiet schon entfernter von der Rindenoberfläche finden. Dicke, kurze, sowie lange, dünne Spitzenfortsätze kommen nicht vor. Die äussere Pyramidenschicht, deren Spitzenfortsätze nach kurzem Wege in das Geflecht eingeht, besteht daher begreiflicher Weise aus kleineren Elementen. Dieselben stehen auch der Breite nach näher zusammen, weil auch das Verästelungsgebiet der Seitenfortsätze schmäler ist. Andere Ansichten der Autoren über die Bedeutung der verschiedenen Grössen der Pyramiden sind hiedurch widerlegt. So die Auslegung von Luys, welcher die kleinen Pyramiden für sensibel, die grossen für motorisch hält, und die von Wundt, welcher die grossen Pyramiden für alte, die kleinen für junge Pyramiden hält. Aus diesen thatsächlichen Verhältnissen, welche die Abstufung des Calibers der Pyramiden erklären, ergibt sich auch die Irrelevanz einer für die vordere Centralwindung von Betz angegebenen Thatsache.

Nachdem Hitzig am Affengehirn, wohl durch die Consequenz einer irrigen Auffassung des Gebietes der Centralwindungen bei dem Hunde mitbeeinflusst, die Angabe machte, die motorischen Centren gehören lediglich der vorderen Centralwindung des Gehirnes an, glaubte Betz die Hitzig'schen Centren sofort vor sich verkörpert zu sehen. Er fand, wie Clarke und ich es unabhängig von einander früher im Sulcus calcarinus wahrgenommen hatten, in der vorderen Centralwindung Gruppen von sehr grossen Pyramiden, welche von anderen Gruppen quer geschieden sind. Dieser Fund ist von gar keiner Bedeutung. Ich kannte die Rinde aller Windungen schon vor meiner Darstellung der Rinde vom Jahre 1867 und habe darüber der Selbstverständlichkeit wegen keine Bemerkung gemacht. Die Rinde der vorderen Centralwindung ist hierdurch nur als eine Windung von besonderer Breite charakterisirt. Durch die besondere Breite gewinnen die innersten Pyramiden wegen des langen Weges ihrer Spitzenfortsätze bis in das graue Fasernetz der äusseren kleinen Caliber von Pyramiden viel grössere Caliber als in schmäleren Windungen. Ferner haben sich auf diesem langen Wege schon breite Markbündel aus der Rinde entwickelt, welche die Pyramiden nicht einzeln, aber gruppenweise auseinanderhalten, beziehungsweise ein gleichförmiges Nebeneinander nicht zulassen, sondern die Pyramiden gruppenweise zusammendrängen. Bei einiger Ueberlegung über diesen Befund wird wohl Niemand gleich Betz sich veranlasst sehen, diesen Gruppirungen grosser Pyramiden eine Bedeutung zuzuschreiben, welche die anderen Pyramiden, deren Caliberunterschiede fliessende Uebergänge zu letzteren bilden, aufweisen. Was Hitzig bei dem Hunde für die vordere Centralwindung hält, habe ich als hintere Centralwindung erwiesen. Die Pyramiden und Spindeln haben theils ovale, theils pyramidale und spindelförmige Kerne. Indem auch die letzteren Formen oft sehr überwiegend in ungehärteten Gehirnen sich finden, erscheinen sie mir nicht wie Boll als Artefacte.

Ich sehe in diesen eigenthümlichen Kernbildungen noch immer einen Beleg für die Ansicht von Beale, dass der Kern der Zellen von einem optisch dichteren Protoplasma umgeben sei, der sich von den äusseren Protoplasmaschichten unterscheidet. Diese grössere Dichtigkeit einer Kernschicht des Protoplasma verdeckt den ovalen Kern, wird aber von dem Funkeln des Kernkörperchens durchdrungen. Die äusseren Contouren der eckigen oder spitzigen Nervenkörper werden durch die dichtere Schicht oft sammt dem Uebergang in die Fortsätze eingezeichnet.

Wenn ich in der obigen Ausführung dargethan, dass der Standpunkt, zu welchem die Versilberung M. Schulze's durch Hervortreten einer Streifung des Axencylinders und der Rindenkörper, so wie die Zupfpräparate Boll's nach Einwirkung von Ueberosmiumsäure, endlich das Vergoldungsnetzwerk Gerlach's führen, die Bedeutung

der Nervenzelle als functionelles Centrum nicht erschüttern, sondern nur stützen könnte, so will damit nicht gesagt sein, dass diesem Standpunkt die ältere Anschauung bereits endgiltig gewichen sei, welche die Streifung des Axencylinders und der Rindenkörper nicht zur Voraussetzung hat. Die einfachere gewebliche Darstellung, welche ich vertrat, schloss die Auffassung des Rindenkörpers als functionelles Centrum wie etwas stets Anerkanntes in sich ein. Von den Anschauungen Henle's, welcher die centrale Bedeutung den Markfasern auf Grund wahrhaft nur formeller Dialektik zuschreibt, kann man wohl mit gleichem Rechte absehen, wie von der Ansicht des ältesten holländischen Mikroskopikers, welcher zuerst die Zellen der Gehirnrinde sah und als Drüschen erklärte. Eine histologische Autorität, wie Brücke, bezweifelt die Streifung der Nervenkörper nach M. Schulze als unmittelbar anatomisches Bild, und Fleischl hält mit guter Begründung den Axencylinder für flüssig oder einem flüssigen Zustande nahestehend.

Ausserdem haben in jüngster Zeit Ewald und Kühne Verdauungsversuche an den Nerven unternommen, durch welche sich als Residuum eine unverdauliche, chemisch zu den Horngeweben zu stellende Substanz darstellte — Neurokeratin. Kundt hatte schon früher eine Scheide des Axencylinders nachgewiesen und schrieb ihrer Faltung das fibrilläre Aussehen zu. Diese Scheide besteht aus Neurokeratin. Rumpf hat den Axencylinder zerstört, indem er Nerven vom Centrum und Peripherie trennte, wonach derselbe sich sowohl in Lymphe gebracht, als im Körper verbleibend, vollständig auflöst. Es liess sich aber an solchen axencylinderfreien Nerven durch Versilberung dieselbe Streifung darstellen, deren Bild zur Annahme der fibrillären Structur geführt hatte.

Memorandum des Vereines für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien betreffs der Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand bei den medicinischen Rigorosen.

Hohes k. k. Ministerium für Cultus und Unterricht!

Der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien zählt es zu seinen ehrendsten Erfolgen, im Jahre 1868 durch sein ergebenstes Petitum die Errichtung einer psychiatrischen Klinik angeregt zu haben, und dass die hohe Einsicht der obersten Unterrichtsbehörde das Gewicht der Gründe würdigte, den bescheidenen Vorschlag zur ernsten That machte.

Seither wurde nach einer geläuterten, von allen Universitäten getheilten Würdigung der günstigsten Bedingungen für den psychia-

trischen Unterricht auch eine Klinik im allgemeinen Krankenhause errichtet, wobei das hohe Ministerium die Zwecke der Wissenschaft und der humanitären Behandlung unter Einem mit Erschliessung grossartiger Lehrstoffe und Munificenz förderte.

So wohlthätig auch diese Schöpfungen eines hohen Unterrichtsministeriums angelegt, so vorleuchtende Beispiele sie auch für das Ausland sind, so darf sich der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien andererseits auch der entmuthigenden Wahrnehmung nicht verschliessen, dass die Ausbeute des nun vorhandenen psychiatrischen Unterrichtes für das gemeine Wohl sehr weit von dem nothwendigen und erreichbaren Masse entfernt sei.

Die Irrenanstalten haben zwar immer der Zahl nach die nöthigen Anstaltsärzte gefunden.

Hier darf aber im Interesse eines richtigen Einblickes der h. Unterrichtsbehörde nicht verschwiegen werden, dass diesen Anstaltsärzten nichts im Wege steht, sich jeder wissenschaftlichen Kenntniss ihres ärztlichen Faches zu entschlagen und sich mit den ungeordneten Eindrücken und einem Grade von Routinerie genügen zu lassen, welche der Contact mit zahlreichen Irren mit sich bringt. Sie lernen allenfalls die Manipulation in der Irrenanstalt, aber fast nichts vom Irrsinn verstehen. Ohne je mit der Frage um ihre psychiatrischen Kenntnisse behelligt worden zu sein, ohne solche literarisch dargethan zu haben, machen sie ihren Weg zum ordinirenden Arzte und gelegentlich nach dem Seniorate bis zum Anstaltsdirector.

Dieser, in den Irrenanstalten, soweit nicht die Minderzahl befähigter und dann immer literarisch bemerkbarer Männer auszunehmen ist, herrschenden Flachheit der Fachkenntniss wird nicht ohne weiters durch einen Vorrath von psychiatrisch unterrichteten Aerzten abgeholfen werden.

Dies ergibt sich aus folgender Erwägung.

Die heutigen Doctoren der gesammten Heilkunde wenden sich specialistischen Richtungen jeder Art zu und benennen darnach auch ihre Habilitation. Nie ist es aber vorgekommen, dass sich einer als Psychiater bezeichnen konnte und wollte. Der Grund liegt darin, dass die Psychiatrie kein Gebiet für virtuose therapio-technische Angriffe und Erfolge ist, welche im allgemeinen die sicherste Gewähr für eine lohnende ärztliche Existenz bieten. Andererseits findet der Schüler bei dem Erwerbe psychiatrischer Kenntnisse nicht zu unterschätzende Schwierigkeiten darin, dass hier im Gegensatze zu allen anderen klinischen Disciplinen der physikalische objective Befund wesentlich von einer Zeichenlehre ersetzt wird, welche den Ausdruck subjectiver Vorgänge im Kranken enthält. Der Schüler muss hier selbst bei der einfachsten Unterrichtsweise sein Interesse nach einer ihm fremdartigen Erscheinungsreihe hin verrücken. Der besondere

Explorationsweg ist nicht zu machen, und ist für den Schüler um so behindernder, als Kranke mit Psychosen so häufig Dissimulanten sind. Die Psychiatrie ist demnach für andere als Anstaltsärzte ein unlohnender und immerhin schwieriger Wissenszweig. Dies schränkt die spontane Hinneigung für den psychiatrischen Unterricht zum Schaden des Gemeinwohles ein.

Die sogenannte Physikatsprüfung für öffentliche Aerzte begnügt sich mit sehr unzureichenden Ausweisen über den Erwerb psychiatrischer Kenntnisse. Einerseits dürfen die Physikatsprüfungen auch in Universitätsstädten abgelegt werden, welche weder eine psychiatrische Klinik noch eine Irrenanstalt besitzen. Denselben wird selbstverständlich die Beurtheilung eines Geisteskranken als Prüfungsakt erlassen. An den Universitäten, welche nach dieser Richtung ausgestattet sind, wie Wien, wird der psychiatrische Prüfungsakt denjenigen Candidaten erlassen, welchen die Beurtheilung eines „Verletzten“ zufällt. Von den gesetzlichen Ausweisen psychiatrischer Kenntnisse für die Physikatsprüfung kann nur der klinische Unterricht (dem noch ein Colloquium folgt) als zulänglich betrachtet werden. Die Dienstleistung in Irrenanstalten bildet einen weit unsichereren Erweis psychiatrischer Kenntnisse. Den Directionen liegt es nicht ob, sich der schwierigen Leistung des psychiatrischen Unterrichtes zu unterziehen. Dem Anfänger ist nichts Gründlicheres auferlegt, als eine Art dunkler Tradition von der Psychiatrie zuweilen von Männern zu gewinnen, deren Verständniss von Haus aus genau auf derselben Basis steht. Diese Traditionen können, besonders wenn in Provinzialanstalten die Ernennung von Directoren sich auf das Seniorat stützt, jeden wissenschaftlichen Gehaltes entbehren.

Den Aerzten wird aber kein gründlicheres Wissen auferlegt, und es ist gewiss nur von einer Minderzahl anzunehmen, dass sie mehr leisten, als ihnen auferlegt wird. Die ärztliche Dienstleistung in Irrenanstalten an sich ist daher kein verlässlicher Erweis psychiatrischer Kenntnisse. Es ist aber ein noch viel unverlässlicherer Erweis psychiatrischer Kenntnisse zugelassen, nämlich die dreimonatliche Theilnahme eines Candidaten an den Visiten der Anstaltsärzte. Es wäre wohl nur unbescheidene Breite, den Werth dieses Erweises psychiatrischer Kenntnisse, insbesondere im Hinweise auf provinzielle Anstalten besprechen zu wollen.

Diese Nichtverpflichtung zum Nachweis klinischen Unterrichtes bei den in den Anstaltsdienst eintretenden und fungirenden Aerzten ist eine principielle Anomalie, welche die Irrenanstalten bezüglich der Competenz ihrer dienstleistenden Aerzte tief unter die Anforderungen aller anderen Spitäler an ihre Aerzte stellt. In keinem Spitale wird ein Arzt auf einer internen, chirurgischen, ophthalmiatrischen Abtheilung, auf keiner Hautkranken- oder Syphilisabtheilung u. s. w. verwendet, welcher über seine Kenntniss

dieser Disciplinen bei den strengen Prüfungen nicht examinirt wurde, oder sich behufs des Rigorosums nicht mindest auf das mögliche Examen aus allen diesen Fächern vorbereiten musste. Nirgends wird die Erwerbung der Fachkenntniss seiner Discretion überlassen, wie in der Psychiatrie.

Wenn der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie, dessen Ausführungen auf einer reichen, hier nicht zu exemplificirenden Summe von Thatsachen beruht, im Voranstehenden der Verpflichtung entsprach, die geringe Verbreitung irgend welcher, und beziehungsweise zureichender psychiatrischer Kenntnisse einem hohen Ministerium gewissenhaft darzulegen, so erlaubt er sich im Folgenden die Bedeutung dieses Mangels für das Gemeinwohl darzulegen.

1. Nach den obigen Ausführungen ist es wohl klar genug, dass die praktische Verwerthung der wissenschaftlichen Psychiatrie durch ununterrichtete Aerzte, welchen trotzdem die Beförderung zu den höchsten Aemtern der Irrenanstalten eröffnet ist, nun und nimmer ausgeführt werden wird. Die psychiatrische Praxis wird dadurch auf inferioren Standpunkten erhalten. Schon nach dieser Richtung muss der Verein dem wichtigen Einfluss eines hohen Ministeriums die Nothwendigkeit anheimgeben, dass keine die Irrenanstalten beaufsichtigende oder leitende Behörde die Aufnahme von Aspiranten oder mindestens die Bestellung von provisorischen oder definitiven Secundarärzten anders zulasse, als auf den Nachweis klinisch-psychiatrischen Unterrichtes hin. Nur so kann ein Stamm von Irrenärzten sich bilden, welcher für sein Amt so competent ist, wie die Aerzte der Spitäler.

2. Bezüglich der Amtsärzte wurde die Mangelhaftigkeit der Anforderungen bei Physikatsprüfungen schon oben ausgeführt. Dass es an Beispielen älterer Amtsärzte nicht fehlt, deren Intelligenz, literarisches Interesse und sich ansammelnde reiche Erfahrung zu einer ernsthaften Competenz in der Psychiatrie und in forensischen Beurtheilungen zusammenwirkten, muss gewiss anerkannt werden. Doch ist diese Competenz mit Verspätung und Kraftverlust gewonnen. Andererseits aber führt Mangel an wissenschaftlichem Verständniss der Amtsärzte, wie die medicinischen Facultäten gelegentlich ihrer Arbitrien kennen lernen, zu ganz unglaublichen Beurtheilungen und forensischen Gutachten, von welchen Leben, Ehre und Freiheit von Menschen abhängig werden können. Am häufigsten tritt der Gemüthsstandpunkt für den fehlenden wissenschaftlichen Standpunkt ein. Zudem hängt die Zahl der Amtsärzte auf Grund der Physikatsprüfung von der Geneigtheit der Aerzte, sie zu bestehen, ab. Die heutige Stellung der öffentlichen Aerzte ist aber vielleicht nicht am geeignetsten, diese Geneigtheit zu vermehren. Auf dem flachen Lande ist jeder Arzt, beziehungsweise auch der sogenannte Wundarzt, Gerichtsarzt, wie die Praxis lehrt.

Schon der verantwortlichen forensischen Leistungen wegen, welche jedem Arzt zufallen können, sollte folgerichtig jeder Arzt durch psychiatrischen Unterricht dazu gebildet sein.

3. Die ärztlichen Parere, welche zur Aufnahme Geisteskranker in den Irrenasylen vorgelegt werden, legen zur Genüge dar, wie allgemein die praktischen Aerzte mit den Geisteskranken in Berührung kommen und sie in der That behandeln. Es geht wesentlich die Minderzahl der Parere von den Amtsärzten aus. Wenn sich hier die Frage aufwirft, ob es wünschenswerth sei oder nicht, dass der praktische Arzt die Geisteskranken behandle, so muss diese Frage mit Nachdruck bejaht werden. Die Zahl der Anstaltsärzte kann in einer grösseren Stadt niemals entfernt ausreichen, zur Behandlung aller Geisteskranken, welche in ihrer Wohnung behandelt werden und dort behandelt werden sollen. Die praktischen Aerzte müssen deshalb dazu befähigt sein. Eigentlich bedarf jeder Arzt schon psychiatrischer Kenntnisse, um einen Geisteskranken nicht zu behandeln. Er flüchtet sich dann fast immer zu der Auskunft, den Kranken in die Irrenanstalt zu befördern. Die Irrenanstalt ist aber durchaus keine für jeden Irren zweckmässige Bedingung der Behandlung. Die Irrenanstalt hat, wie jede Heilart, ihre besonderen Indicationen. Der Arzt bedarf schon psychiatrischer Kenntnisse dieser Indicationen, um folgenschwere Missgriffe zu vermeiden. Eine der Indicationen ist die Gemeingefährlichkeit. Hier wird nach dem ganz falschen Satze verfahren, dass eigentlich in jedem Geisteskranken Gemeingefährlichkeit vorhanden sei. Auch diese scheinbar einfache Frage kann nur ein durch Fachunterricht zur Individualisirung der Kranken befähigter Arzt richtig beantworten. Durch die Tendenz ununterrichteter Aerzte, die Irrenanstalten in Anspruch zu nehmen, wird zweifellos auch die öffentliche, steigende Calamität der Ueberfüllung letzterer wesentlich herbeigeführt. Im Falle der Arzt aber Geisteskranke behandeln will, sofern ihm die Familien hiezu Vertrauen schenken, ist ihm die Kenntniss der klinischen Psychiatrie um so unentbehrlicher.

Der Unterricht in der klinischen Psychiatrie kann wohl gründlich nur fünfstündlich und semestral geleistet werden. Wenn eine geringere Stundenzahl von einer Zahl von Lehrern dazu verwendet wird, so ist dies gewiss nicht dem reichen Thatsachengehalte und der nothwendig sehr vielfachen Demonstration ähnlicher Fälle entsprechend. Es kann diese Einschränkung aber durch die Ansicht gerechtfertigt werden, dass die Schüler einen minder zeitraubenden Unterricht leichter aufsuchen. Auch kann durch den geringeren Lehrerfolg der Eifer für die Ausbreitung der Lehrthätigkeit eingeschränkt werden. Eine grössere Theilnahme am Unterrichte wird in vielen Fällen der Hebung dieses Unterrichtes selber zu Gute kommen.

Der Auftrag des Vereines für Psychiatrie und forensische Psychologie an sein Präsidium, vorliegendes Memorandum an das h.

Ministerium zu richten, ist schon ein mehrjähriger, wenn gleich die Wahl des Zeitpunktes nach Gründen der Opportunität dem Präsidium überlassen wurde.

Nachdem gelegentlich irrenärztlicher Berathungen zur Zeit der Gedenkfeier der Wiener Irrenanstalt jüngst ein Mitglied des Vereines für das Meritorische dieses Memorandums die Uebereinstimmung einer Zahl namhafter Fachmänner gefunden hat, und überhaupt von keinem Fachmanne Widerspruch zu erwarten ist, ist kein Zögern mit der beabsichtigten Denkschrift mehr gerechttertigt.

August 1878.

Das Präsidium des Vereines für Psychiatrie und forensische Psychologie.

Bei Ueberreichung des Memorandums an Seine Excellenz den Herrn Minister Dr. v. Stremayr erhielt das Präsidium den ermuthigendsten Bescheid über dessen eigene Ueberzeugung von der Nothwendigkeit der Kenntniss der Psychiatrie für alle Aerzte.

Aus dem Vereine.

Protokoll der Sitzung vom 27. November 1878.

1. Der Vorsitzende, Herr Reg.-R. Prof. Meynert, leitet den Beginn der Sitzung ein mit einer dem Andenken Rokitansky's gewidmeten Gedächtnissrede, deren Inhalt in unserem Blatte Nr. 4 und 5 bereits vollständig wiedergegeben wurde. Die Anwesenden geben nach Beendigung derselben durch Erheben von den Sitzen ihrer Theilnahme Ausdruck.

2. Es gelangt hierauf zur Mittheilung der Inhalt des dem h. k. k. Unterrichts-Ministerium unterbreiteten Promemoria des psychiatrischen Vereines, betreffend die Nothwendigkeit des psychiatrischen Unterrichtes (s. S. 137 d. Bl.).

3. Dem Herrn Vereins-Oekonomen Dr. A. Holler wurde auf Grund des Resultates der von den Herren Dr. Flechner und Dr. Hinterstoisser vorgenommenen Censur — die Jahresrechnung pro 1877 betreffend — das Absolutorium ertheilt.

4. Herr Dr. Flechner theilt dem Vereins-Präsidenten seinen durch angegriffene Gesundheit bedingten Austritt aus dem Vereine mit, und wird über Antrag des Hrn. Vorsitzenden einstimmig beschlossen, demselben unter besonderer Anerkennung seiner dem Vereine stets gewidmeten eifrigen und thätigen Unterstützung auch weiterhin die Mitgliedschaft mit allen Rechten eines Mitgliedes zuzuerkennen.

Aufgenommen wurden in den Verein die Herren Dr. Arnold Pick in Prag, Privatdocent für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Dr. Josef Weiss, prakt. Arzt in Wien.

5. Die angekündigten Vorträge des Herrn R.-R. Prof. Meynert und H. Dr. Holländer werden vorgerückter Stunde wegen vertagt.

Dr. Fritsch, Secretär.

Die Ausstellung der Wiener Landes-Irrenanstalt zur Feier ihres 25jährigen Jubiläums 1878.

(Schluss.)

Von den übrigen Ausstellungs-Objecten ist vor Allem die ausgedehnte Zusammenstellung der Präparate des pathologisch-anatomischen Museums der Wiener Universität von Prof. Heschl hervorzuheben; sie bestand aus einer reichen Sammlung von normalen und kranken Gehirnen, darunter ein nur 910 Gramme wiegendes einer 37jährigen, geistig gesund gewesenen Frau, eine Reihe von Balken-Defecten zum Theil erwachsener Menschen, einen sehr schönen Hydrocephalus subarachnoidealis circumscriptus mit freiliegender linker Reil'schen Insel von einem 54 J. alten, geistig gesund gewesenen Manne, hübsche Fälle von Mikrogyrie, 9 Fälle von Porencephalie, 8 von Hydrocephalie, 7 von vorderer Brachycephalie, weiter mehrere Präparate verschiedener Nahtverschlüsse, Rhachitis, Dolichocephalie, Rhombocephalie, Idiotenschädel, Thierschädel und verschiedene andere Präparate, darunter drei Verbrechergehirne, welche beim Laien-Publikum wohl die grösste Beachtung fanden.

Die durch ihre Feinheit und Sorgfalt bekannten Schnittpräparate des Primararztes Dr. Holler fanden viele Anerkennung. Es sind 33 Schnitte ausgestellt, manche von eminenter Grösse, und dabei vorzüglicher Durchsichtigkeit. Von den Ausstellungs-Gegenständen der psychiatrischen Klinik in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt waren namentlich injicirte Katzenhirne und die Injections-Darstellung der Sichelblutleiter am Menschen, sowie die entwicklungsgeschichtliche Darstellung der Hirnwindung nach Ecker interessant.

Eine Karte der österreichisch-ungarischen Monarchie zeigte, wie sparsam noch besonders östlich und nordöstlich Irrenanstalten sind, und wie viel noch in dieser Richtung zu leisten ist; da sehe man die Anstalts-Topographie in Baiern, Westpreussen, abgesehen von Frankreich oder gar England.

Das Modell einer Leinwandzelle (143) zeigt eine treffliche Idee verwirklicht, zum Schutze der Kranken die Luft als Polster benützt. Hinsichtlich Reinlichkeit ist dies sicher ein Fortschritt, wenn auch der Fussboden entsprechend hergestellt werden kann, so dass er vor Verletzungen

schützt, und dabei dauernd nicht mit Urin imprägnirt werden kann, und wenn die Spannung der Leinwand gut anhält. Ob Lüftung und Erwärmung immer ausreicht, ist die Frage; bezüglich ersterer soll noch manche Verbesserung wünschenswerth sein, die wohl hauptsächlich beim Bau erzielt werden müsste; eine Leinwandzelle dürfte am besten mit Oberlicht eingerichtet werden, was bis nun nicht versucht ist.

Sehr hübsch waren die Arbeiten der Kranken in Blumen, Laubsäge- und Metallarbeiten. Krankenarbeiten sahen wir auch von Kulparkow, (weibliche, dann Strohflechterei; ein sehr nettes Blumenkörbchen aus Brod von einem Tobsüchtigen verfertigt), Niedernhart; Militär-Irrenanstalt Tyrnau (interessante Zusammenstellung der Zeichnungen eines Paralytikers nebst anderen); Ofen (Bienenstöcke, spanische Wand, weibliche Arbeiten); Krain (Holzarbeiten). Ybbs, Triest u. s. w. Auch die Gemälde-Ausstellung hiesiger Kranker bot Sehenswerthes.

Eine leider während einer Ausstellung nicht genauer zu studirende tabellarische Zusammenstellung Dr. Pfleger's über Hirnwägungen hoffen wir bald an einem anderen Orte eingehend durchstudiren zu können.

Unter den administrativen Ausweisen über die Wiener Anstalt fanden wir lehrreiche Curventabellen, von Dr. Polatschek unter Bildung des Primararztes Gauster gearbeitet über Zuwächse, Heilerfolge und Sterblichkeit in der Wiener Anstalt vom Jahre 1853 bis 1877. Die grösste absolute Zahl der Zuwächse fiel bei den Männern auf 1863, bei den Frauen auf 1864; die stärksten Heilprocente waren bei den Männern 1862 und 1864, bei den Frauen 1857; die stärksten Sterbeprocente bei ersteren 1858, bei letzteren 1859, 1866 und 1867. Die Anhäufung unheilbarer Kranker und der Umstand, dass die acuten heilbaren Fälle in den letzten 6 Jahren in der Beobachtungs-Abtheilung bis zur Heilung behalten wurden, macht sich im Sinken des Heilprocentes deutlich merkbar; vielleicht auch eine grössere Reserve in den Entlassungen als geheilt. Dass trotz starker Ueberfüllung und trotz starkem Zuwachs an Paralytikern die Sterblichkeit in dem letzten Decennium sank, ist gewiss der sich immer kräftiger entwickelnden freien Behandlung zu danken.

Weiter hatte Schaumann Kotzen und Teppiche, auch eine gute, schwer zerreissbare Decke nach Muster der Hamburger Decken, Esterlus sehr interessante Apparate für Sanitätspflege, die Firma Waldek Kautschukwaaren für Spitalszwecke, Mühlhauser dergleichen Metallwaaren, Pleischl Gesundheits-Blechemail-Geschirre, Bar. Zoiss aus Krain sehr billige elastische Betteinsätze aus Holz, Odelga gleichfalls Apparate für Krankenpflege ausgestellt. Auch der Unterstützungs-Verein für geheilt entlassene Irre aus den niederösterreichischen Irrenanstalten, der zur Eröffnungsfeier eine grosse Anzahl von Kranken mit namhaften Beträgen betheilte, und der Verein für Unterstützung

geheilt entlassener Geisteskranker in Vorarlberg haben ihre Berichte und Statuten aufgelegt. Mögen beide gedeihen!

Werfen wir noch einen Blick auf die recht hübsche und wohnliche Einrichtung, wie sie für die Zubauten in Wien projectirt wurde, und neigen wir uns vor dem ebenfalls ausgestellten Handschreiben des unvergesslichen Kaiser Josef an Dr. Quarin vom 10. April 1784, worin die Eröffnung des Irrenthurms anbefohlen und mit detaillirter Sorgfalt für die Unterbringung der Geisteskranken Sorge getragen wird, einem leuchtenden Wahrzeichen der Fürsorge dieses grossen Monarchen für die Unglücklichsten aller Kranken; wir nehmen nun Abschied von diesem gelungenen Versuche, die Fortschritte im Irrenwesen Oesterreichs darzulegen mit dem beruhigenden Bewusstsein, dass auch unser heutige Regent die Bedeutung der Pflege des Irrenwesens für das öffentliche Wohl durch die Huld gekennzeichnet hat, mit der er in eigener Person die Ausstellung eröffnete und eingehend besichtigte.

Correspondenz.

Irrenanstaltsbau in Südtirol.

In der 12. Sitzung des Tiroler Landtages, am 18. October 1878, wurde vom Referenten des Sanitätscomités, Herrn Landeshauptmann-Stellvertreter Dr. Onestinghel, die Mittheilung gemacht, dass der Beschluss des vorjährigen Landtages, das Gut St. Pietro in Pergine (17.000 □Klafter Grundfläche) zur Errichtung einer Irrenhausfiliale anzukaufen, erfüllt sei, und wurde auf Grundlage des Bauplanes sowie des Kostenvoranschlages von 308.000 fl. Bau- und 50.000 fl. Einrichtungskosten nach den Anträgen der Enquetecommission, die sofortige Inangriffnahme des Baues vom Landtage zum Beschluss erhoben.

Nach dem Projecte der eigens hiefür vom Landesausschusse einberufenen Enquetecommission — in welcher sich leider nur ein Psychiater befand — wird der Neubau eine geschlossene Anstalt für 200 Kranke mit Rücksichtsnahme auf spätere Erbauung einer Colonie für 8%—10% ruhiger, chronischer, arbeitender Kranken werden. — Der Ersparung wegen wurde die ursprünglich sich aus dem statistischen Verhältnisse der in einer Anstalt zu verpflegenden Irren Deutsch- und Wälsch-Tirols ergebende Zahl von 230 auf 200 herabgemindert. Aus dem gleichen Grunde wurde die vom fachmännischen Standpunkte aus ganz und gar nicht zu billigende Verfügung getroffen, dass der Director, sowie weiters auch mit Ausnahme des Kaplans und zweiten Hilfsarztes die übrigen Beamten, ausserhalb der Anstalt wohnen.

Die Anstalt wird aus dem zweistöckigen Administrationsgebäude, in dem sich die Wohnungen der oberwähnten zwei Beamten, des Oberwartpersonales, des Portiers, sowie die Kanzleien befinden und den sich nach beiden Seiten — wie in der Wiener Anstalt — hufeisenförmig anschliessenden Krankenräumen für Ruhige, dann für Unruhige und Unreine, beide zweistöckig und endlich der einstöckigen Tobabtheilung, welche durch einen gedeckten Gang mit den anderen Abtheilungen verbunden ist, parallel der Abtheilung für Unruhige und Unreine gestellt, bestehen. Unmittelbar an jede Abtheilung stösst der entsprechend grosse Garten derselben. Hinter dem Administrationsgebäude, durch gedeckte Gänge mit beiden Flügeln (Abtheilung der Unruhigen und Unreinen) verbunden, kommt das Wirtschaftsgebäude zu stehen, in welchem sich ebenerdig die Küche sammt den entsprechenden Nebenlocalitäten und die Wohnungen der den Küchenbetrieb, wie auch den Wartdienst bei den weiblichen Kranken versehenden barmherzigen Schwestern, im I. Stockwerke die Kapelle und der Festsaal befindet. Seitlich vom Wirtschaftsgebäude werden zwei Werkstätten, das Hauptbadelocale; ausser dem in jeder Abtheilung angebrachten Badezimmer, ein Eisbehältniss (nach amerikanischem System), das Waschhaus und in der Nähe desselben ein kleines Desinfectionslocale errichtet werden; Dampfküche und Dampfwäscherei mussten wieder des zu grossen Kostenpunktes wegen fallen gelassen werden, ebenso erging es einem ursprünglich beantragten Epidemiehause. In einiger Entfernung von der Anstalt wird das ganz gut eingerichtete Sectionslocale zu stehen kommen.

Schliesslich seien noch kurz die Aborte mit Senkgrubensystem, Petroleumbeleuchtung und Luftheizung in den Krankenräumen, Füllöfen in den übrigen Räumlichkeiten erwähnt.

Dr. F. Schlangenhausen.

Buchschau.

Zur Statistik der Geisteskrankheiten in Würtemberg und der Geisteskrankheiten überhaupt von Dr. J. L. A. Koch, Director der k. Pflegeanstalt Zwiefalten. Stuttgart, W. Kohlmann. 1878.

Die Statistik ist eine gefährliche Wissenschaft, wenn sie nicht von strengster Gewissenhaftigkeit begleitet und von scharf eindringendem Urtheil geleitet ist. Zahlen reden zu machen ist leicht; aber selbst aus den relativ wichtigsten Zahlen das Rechte zur Sprache zu bringen, zu klären und nicht zu verwirren, zu führen und nicht zu verführen, das ist eine grosse Kunst, deren Begleiterin auch grosse Resignation sein muss, auf scheinbar glänzende Ausprüche und Lehrsätze verzichten zu können, wenn sie nicht allseitig dauernd fundamentirt sind. Heute gilt es in unserem Fache

nach mehrfacher Richtung erst solide Fundamente zu schaffen; denn nur so kann auch entsprechend weiter gebaut werden. Die allgemeine Irrenstatistik in administrativer Hinsicht steht noch vieler Orts auf sehr schwankem Boden, namentlich auch durch die Unzweckmässigkeit der vorgeschriebenen Nachweisungen; und wer hier bessert und sichtet, erwirbt sich ein wahres Verdienst um die öffentliche Fürsorge, die erst die grosse Zahl Pflege- und Schutzbedürftiger kennen lehrt, die Nachweisung der vorhandenen Geisteskranken in einem Gebiete.

Würtemberg hat wiederholt officiell und privatlich seine Irren gezählt; seit 1864 nicht mehr, in welchem Jahre die Volkszählung benutzt war, die Resultate sich aber nicht befriedigend zeigten. Die erste Zählung geschah bekanntlich 1832. Director Dr. Koch unternahm es nun im Wege freiwilliger Mithilfe der Geistlichen und Unterstützung anderer Aerzte eine Zählung vorzunehmen. Von den hiebei gemachten Erfahrungen ausgehend, kommt er gleichfalls auf den Vorschlag, die Volkszählung mittelst Zählblättchen künftighin zu benützen, welche Zählblättchen aber nicht den Namen des Kranken anführen sollen, damit die Scheu vor der Nachweisung vermindert werde; ausserdem müssten noch Specialzählungen, allenfalls in der Zwischenzeit zwischen zwei Volkszählungen durch geeignete Männer, Aerzte, Priester u. s. w. dazutreten. Wir gestehen, dass wir mit dem geehrten Verfasser nicht bezüglich der nominativen Nachweisung und hinsichtlich der Specialzählungen übereinstimmen. Der Kranke muss bei der Volkszählung bezeichnet werden; die Scheu vor Bekanntwerden hat also damals seine Wirkung; ist er einmal bezeichnet, so ist es gleich, ob der Name auf der Zählkarte steht oder nicht, in die Oeffentlichkeit kommt er dadurch nicht mehr. Das Bekanntwerden des Kranken gegenüber der Behörde ist aber vom Standpunkte des Rechtsschutzes desselben nothwendig und aus diesem Titel hat der Staat auch Recht und Pflicht, die Anzeige der Kranken zu fordern. Die Sicherheitsrücksichten können ihm nur diese Forderung gegenüber gemeingefährlichen gestatten, die zu garantirende Rechtssicherheit des Geisteskranken berechtigt sie für alle Fälle. Die Specialzählung ist eine Forderung, die in häufigerer Wiederholung schwer durchführbar erscheint; freiwillige Hilfe wird, zu oft angerufen, ermüden; officiell wird man die Kosten häufigerer Sonderzählung scheuen; das geht allenfalls für kleinere Gebiete, für grössere Länder müsste man sicher darauf verzichten. Da würden die jährlichen Nachweisungen der Gemeinden, der Seelsorger, der Gemeindeärzte, der Gerichte wohl für die Dauer bessere Ergänzung geben.

Aus den Erhebungen des Autors ergibt sich am 1. December 1875 in Württemberg anwesend eine Zahl von 7953 Geisteskranken, d. i. Idioten und Irre, unter denen 195 Nicht-Würtemberger waren. Von diesen würtembergischen Kranken waren 3810 Idioten und 3948 Irre, es kam 1 Idiot auf 481·95, 1 Kranker mit erworbenem Irrsinn auf 465·10 Einwohner. Unter 1000 Einw. waren 4·22 psychisch Kranke. Im Jahre 1853

wies die officielle Zählung bei erworbenem Irrsinn nur ein Verhältniss von 1 Kr. auf 949, 1864 1 Kr. auf 794·3 Einw. nach. Gegenüber diesen Verhältnissen spricht Koch motivirt seine Ansicht über die behauptete starke Verfnehrung der Geisteskranken dahin aus, dass er wohl eine allmälig und stetig sich vollziehende Zunahme von Geisteskranken, jedoch in sehr bescheidenem Masse für wahrscheinlich halte, auch zu besonderen Zeiten aus bestimmten Ursachen ein rasches Steigen zugebe, dass aber ein grösserer quantitativer Unterschied sich in den Erkrankungsformen constatiren lasse. Und mit diesen Anschauungen muss man sich wohl ganz einverstanden erklären.

Wir können leider dem geehrten Autor auf diesem Gebiete nicht weiter folgen, so interessant es ist; wir bemerken nur noch, dass er sein mit grosser Umsicht und Fleiss gesammeltes Materiale zur Darlegung der hierher gehörigen Zählungsverhältnisse für Württemberg um- und vorsichtig ausnützt, aber überall auch auf die Resultate der Erhebungen anderer Länder vergleichende Blicke wirft, so dass das Buch auch die fremden Erfahrungen und Resultate immerfort im Auge behält. Er legt fortwährend kritisches Urtheil an die gesammelten Daten, und hat sonach damit ein wahres Verdienst um die Förderung der Irrenstatistik sich erworben. Wir empfehlen das gut ausgestattete Werk von 15 Druckbogen der aufmerksamen Lectüre. G.

Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psycho-Pathologie von Dr. K. Kahlbaum. Nr. 126 der Sammlung klin. Vorträge von Richard Volkmann. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 20 Seiten.

Der geistreiche Verfasser bespricht in einem klinischen Vortrage zuerst die 4 Hauptgruppen psychischer Erkrankung: Melancholie, Manie Moria, Demenz in kurzer Skizzirung und kennzeichnet sie als Formen verschiedener Symptomen-Complexe, nicht als Formen verschiedener Arten von Geisteskrankheiten. Er macht aufmerksam, dass in vielen Geistesstörungen der Wechsel der Erscheinungen hervortritt, dass aber auch constante Krankheitsbilder vorhanden sind, so gewisse Melancholien und die originäre Verrücktheit; dort sei die centripetale Seelenthätigkeit (Gefühl), hier die intracentrale (Intelligenz) krankhaft ergriffen. Bei den Geisteskrankheiten mit wechselndem Verlaufe ist die ganze Breite des Seelenlebens betheiligt, sie sind umfänglich oder relativ totale Seelenstörungen. K. theilt nun die Seelenstörungen in partiale und totale (complexe, umfängliche), bezeichnet die dauernde Melancholie als Dysthymia und die originäre Verrücktheit als Paranoia. Das Totalirresein theilt er ein in typisches, lähmungsartiges (allg. Paralyse), Spannungs-Irresein (Katatonie) mit mannigfachen, mehr weniger vollständigen krampfartigen Zuständen. Bei Vesania typica bezeichnet er als Modification das redu-

plicirte typische Totalirresein (circuläres Irresein); allen gemeinsam sei als Endstadium der Blödsinn. Ferner sondert K. die aus somatischen Krankheiten hervorgehenden Geisteskrankheiten: das Fieberdelirium, das Intoxicationsdelirium (dabei auch Alkoholrausch); ferner das Malaria-Intermittens und die protrahirte Form rheumatischer Hirnerkrankung (Griesinger), welche die Psychose als vicarirende Erscheinung der somatischen Erkrankung zeigen, dann die Reflex-Psychosen. Bei allen diesen ist charakteristisch das schroffe plötzliche Auftreten und die oft kurze Dauer, sowie die Veränderlichkeit der Symptome und die lucida Intervalla bei den chronischen Fällen. Das seien die reflectorischen und consensuellen Psychosen, im eigentlichen Sinne also secundäre Psychopathien, die aus somatisch-pathologischen Processen hervorgehenden; zu den secundären wären auch die aus anthropologischen oder biologischen sich entwickelnden (aus Hydrocephalus, Pubertäts-Entwickelung, Heredität) zu rechnen.

In der heutigen Sturm- und Drangperiode in systematischer Classificirung der Geisteskrankheiten, ist diese übersichtliche Darstellung sicher werthvoll, jedoch gewiss nicht abschliessend und den thatsächlichen Verhältnissen nicht sprachlich und sachlich ganz entsprechend. Wir wollen blos hervorheben, dass K. die aus Initialstadien hervorgehende secundäre Verrücktheit Verwirrtheit nennt, was in vielen Fällen unrichtig ist, indem bei relativ noch immer mässiger Abschwächung der Intelligenz die Fixirung einzelner oder einer kleinen Gruppe von Wahnvorstellungen allmälig sich aus somatischen Zuständen entwickelt, deren ursprüngliche Folge nur melancholische Verstimmung ohne Wahnvorstellung war. Wir plädiren lebhaft für die berechtigte Annahme originärer Verrücktheit, wir müssen aber auch warnen, in den umgekehrten Fehler zu fallen gegen einst, wo wir mühsam das Initialstadium oder richtiger die Initialform suchten, wenn wir es mit Verrücktheit zu thun hatten und sie uns aus der von körperlichem Initial-Unwohlsein hervorgetretenen Verstimmung als Melancholie oder durch die in Folge hyperämischer Initial-Erscheinungen bedingten Erregungszustände als Manie dichtend aufzwangen, oft in wahrer wissenschaftlicher Seelenpein, als wahre theoretische Zwangsvorstellung. — Auch haben die pathogenetisch secundären Processe nicht die differenzielle Bedeutung der biogenetischen; sie sind zum Theile wenigstens nur etwas geänderte Symptomen-Complexe des typischen Irreseins Kahlbaum's; sie sind oft charakteristische Krankheitsbilder, aber sie decken sich auch nicht selten bis auf wenige Nebenerscheinungen mit den bezeichneten psychischen Symptomen-Complexen; wir erinnern an Manien unter Alkoholeinfluss, die nicht Delirium potatorum sind, namentlich an die allmälig in Schwach- und Blödsinn übergehenden Melancholien u. s. w. Es ist immer von Uebel, wenn die Eintheilungsgründe wechseln, einmal Symptomen-Complex, einmal Verlauf, einmal ätiologisches Moment; insolange nicht die pathologisch-anato-

mische oder pathologisch-chemische Grundlage für bestimmte abgeschlossene klinische Bilder gewonnen ist, d. h. so lange die Symptome der Krankheit nicht mit Sicherheit am Lebenden auf bestimmte pathologische organische Veränderungen zurückgeführt werden können, kann nichts als die Erscheinungsgruppe und nicht einmal diese, ein andermal andere Momente die Begriffe der Krankheitsform feststellen. Die Verwirrung würde dadurch nicht geringer. Namentlich halten wir es bedenklich, in diesem Gebiete den Begriff secundär in ganz anderer Bedeutung zur Geltung zu bringen, als bis nun. Bis nun bedeutet er aus vorausgegangenen Krankheitsstadien in psychischer Functionsäusserung hervorgewachsene Schwächezustände; in ihnen liegt, wie K. sehr richtig bemerkt, die Tendenz zur psychischen Degeneration; er bezeichnet die natürliche organische Weiterentwickelung des krankhaften Hirnprocesses. Bei K. wird er zur Bezeichnung der Folgen anderartiger krankhafter oder degenerativer Vorgänge; dort Stadien des Organleidens, hier Consequenzen des Leidens des Organismus. — Wir hielten es für Pflicht, dem geistvollen und verdienten Autor gegenüber mit unseren Anschauungen nicht rückzuhalten. Gerade in dem heutigen, aus dem innersten Bedürfnisse hervorgehenden Ringen nach logischer und wissenschaftlicher Befriedigung gegenüber der Pathologie des Seelenlebens, thut offenes Aussprechen noth. Kein Leser wird die kleine Broschüre ohne Anregung aus der Hand legen. G.

Aerztliche Blicke ins menschliche Leben. Psychologische Abhandlung für Gebildete aller Stände von Dr. Friedrich Wilhelm Müller, Freiburg im Breisgau. Herder'sche Verlagshandlung 1878. (67 Seiten), Ladenpreis 2 Mk. 40 Pfg.

Was die Broschüre bringt, ist zweifellos aufrichtige Ueberzeugung des Verfassers. Dies achten wir an ihr. Ihren Standpunkt müssen wir entschieden zurückweisen; er ist nur geeignet, bei den Gebildeten aller Stände noch mehr Verwirrung zu erzeugen, als schon besteht, „Der Mensch muss auch die Sprache lernen, obwohl er von Natur aus dazu bestimmt ist und auch das niedrigste roheste Volk die Sprachfähigkeit und den Drang zum Sprechen ebenso besitzt, wie das gebildetste. Nur der erste Mensch war schon mit der Sprache ausgerüstet, weil Gott sie ihm verliehen hatte, d. h. weil er schon fertig aus der Hand des Schöpfers hervorging.“ „Das Lebensprincip ist die vernünftige menschliche Seele.“ Was ist, fragen wir, das Lebensprincip beim vollständig Blöden? „Durch die Zeugung kann kein psychisches Produkt erzielt werden. Die Genesis des Lebens realisirt sich aber erst durch die Verbindung der von Gott geschaffenen Seele mit dem animalischen Keime.“ — — — Ein Capitel über Ahnung und Vorhersagung in mystischester Art. „Alles

Wirkliche hat seinen Ursprung im Geistigen. Der Mensch steht in sympathischer Verbindung mit der ganzen Welt, in Verbindung mit der ganzen Körperwelt und mit dem ganzen Geisterreich u. s. w.“ — Zum Schlusse gibt der Herr Verfasser Ansichten „zur Charakteristik des Weibes.“ Indem er sie tief in nahezu verdächtig erregter Stimmung und jedenfalls in der leidenschaftlich bewegtesten Sprache des Buches unter die Fähigkeiten und Leistungen der Männer degradirt, spricht er die Ueberzeugung aus, dass dem Weibe unmöglich derselbe Wirkungskreis gebühre, wie dem Manne. Wir citiren nicht des Autors Worte über die Frauen, weil wir sie leidenschaftlich und vielfach ungerecht erkennen.

Das Schlusscapitel wird wenigstens verhüten, dass die Frauenwelt die in den übrigen Absätzen des Büchleins gepredigten Schwärmereien in ihre geistige Habe aufnimmt. G.

Personalien.

Ernennung. Docent der Universität Innsbruck, Herr E. Schnopfhagen, wurde zum Primararzte in Niedernhart ernannt.

Briefkasten.

Herrn Dr. Schl., Hall. Herzlichen Dank und Gruss.

Pränumerations-Einladung.

Mit heutiger Nummer schliesst der Jahrgang 1878 unseres Blattes. Wir beginnen mit 1879 das neunte Jahr des Bestehens desselben und hoffen, dass unsere geehrten Leser mit der Entwicklung des Blattes zufrieden sind.

Unser Blatt ist das einzige Organ, das in Oesterreich sich die selbstständige Aufgabe gestellt hat, die wissenschaftliche Arbeit auf diesem Gebiete zu fördern, in eingehender Weise die Bedürfnisse der Irrenpflege, der öffentlichen Irrenfürsorge und der Irrengesetzgebung in rechtlicher und administrativer Hinsicht zu vertreten, die thatsächlichen Verhältnisse in Oesterreich-Ungarn klar zu stellen, zu kritisiren, die Beseitigung oder Besserung derselben, so weit nothwendig und möglich, anzustreben und dahin zu wirken, dass die wichtigsten psychiatrischen Kenntnisse nach und nach Gemeingut aller Aerzte unseres Vaterlandes werden.

Es wird daher das psychiatrische Centralblatt auch künftighin enthalten:

1. Original-Aufsätze aus dem Gebiete der Psychiatrie und ihrer Hilfswissenschaften sowie forensischer Psychologie.
2. Kritische Uebersichten über den Stand strittiger Fragen auf diesem Gebiete.
3. Casuistik in klinischer und forensischer Beziehung in sorgfältiger Auswahl.

4. Original-Aufsätze und kritische sowie referirende Uebersichten über das Irrenwesen, hauptsächlich in Oesterreich-Ungarn, Irrenstatistik, Irrenanstalten.

5. Mittheilungen aus der Literatur, in Auszügen und Anzeigen aus interessanteren deutschen und anderen Werken und Journalaufsätzen in den oben bezeichneten Disciplinen.

6. Vereinsverhandlungen.

7. Notizen.

8. Personalien (Anstellungen, Beförderungen, Uebersetzungen, Auszeichnungen, Todesfälle).

9. Vereins-Anzeigen und 10. Inserate.

Aus diesem Programme geht hervor, dass sowohl für die Irrenärzte als auch für jene Fachpersonen, die mit der Lösung forensisch-psychologischer Fragen, sowie mit der Besorgung administrativer Angelegenheiten des Irrenwesens betraut sind, also Gerichtsärzte, Sanitätsbeamte, sowie für praktische Aerzte überhaupt, dieses Blatt Interessantes zu bieten bestrebt sein will.

Es kommt fast jeder praktische Arzt zeitweilig in die Lage, Gehirnkranke mit beginnender oder ausgebildeter Geistesstörung behandeln zu müssen. Je mehr daher auch der praktische Arzt mit der Lehre und den Erfahrungen der Psychiatrie sich vertraut macht, desto mehr kann er den Forderungen seines Berufes gerecht werden und oft rechtzeitig Hilfe bieten und seine Kranken und ihre Angehörigen vor Schaden und Kosten wahren, was ohne diese Kenntnisse nicht möglich ist.

Um unser Programm vollständig durchführen und der gestellten Aufgabe immer mehr gerecht werden zu können, bedürfen wir jedoch ausgiebiger, umfassender Unterstützung Jener, die für Psychiatrie und Irrenpflege sich interessiren, der geistigen Unterstützung durch literarische Beiträge, der materiellen durch Beitritt zum Vereine oder Abonnement.

Indem wir das Blatt daher allen Aerzten empfehlen, bitten wir zugleich, uns auch durch selbstständige Arbeiten, durch wissenschaftliche, statistische und administrative Mittheilungen aus öffentlichen oder Privatanstalten und über österreichisch-ungarische Irrenverhältnisse, durch Mittheilung von gerichtsärztlich interessanten Fällen in Beziehung auf Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit, durch rasche Bekanntgabe aller für den Leserkreis dieses Blattes interessanten Personalien innerhalb unserer Monarchie, kräftigst zu unterstützen.

Wien, December 1878.

Die Redaction.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

41C
848

Buchbinderei
C. H. LAAKMANN
Bonnat

3 2044 102 966

)2 966 983